

Ainara
Díaz Geada

Tese de doutoramento

Desigualdades en saúde no
estudantado de Ensino Secundario
Obrigatorio dunha poboación
multicultural (Burela, Lugo)

Santiago de Compostela, 2020



Tese de Doutoramento

**DESIGUALDADES EN SAÚDE NO
ESTUDANTADO DE ENSINO SECUNDARIO
OBRIGATORIO DUNHA POBOACIÓN
MULTICULTURAL (BURELA, LUGO)**

Ainara Díaz Geada

ESCOLA DE DOUTORAMENTO INTERNACIONAL
PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN EPIDEMIOLOXÍA
E SAÚDE PÚBLICA

Santiago de Compostela, 2020





DECLARACIÓN DA AUTORA DA TESE

Desigualdades en saúde no estudantado de Ensino Secundario Obrigatorio dunha poboación multicultural (Burela, Lugo)

Dna. Ainara Díaz Geada declara:

Presento a miña Tese, seguindo o procedemento axeitado ao Regulamento e declaro que:

- 1) A Tese atinxe os resultados da elaboración do meu traballo.
- 2) De ser o caso, na Tese faise referencia ás colaboracións que tivo este traballo.
- 3) A Tese é a versión definitiva presentada para a defensa e coincide coa versión enviada en formato electrónico.
- 4) Confirmo que a Tese non incorre en ningún tipo de plaxio doutras persoas autoras nin de traballos presentados por min para a obtención doutros títulos.

En Santiago de Compostela, a 14 de xaneiro de 2020

Asdo: Ainara Díaz Geada





AUTORIZACIÓN DO DIRECTOR/ DIRECTORA DA TESE

**Desigualdades en saúde no estudantado de Ensino
Secundario Obrigatorio dunha poboación multicultural
(Burela, Lugo)**

D. Francisco Caamaño Isorna,
Dna. Lucía Moure Rodríguez

INFORMAN:

Que a presente Tese, correspóndese co traballo realizado por Dna. Ainara Díaz Geada, baixo a nosa Dirección e titorización, e autorizamos a súa presentación, considerando que reúne os requisitos esixidos no Regulamento de Estudos de Doutoramento da USC, e que como director e titora desta, non incorre nas causas de abstención establecidas na Lei 40/2015.

En Santiago de Compostela, o 14 de xaneiro de 2020

Asdo: Francisco Caamaño Isorna

Asdo: Lucía Moure Rodríguez





DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

Desigualdades en saúde no estudantado de Ensino Secundario Obrigatorio dunha poboación multicultural (Burela, Lugo)

Dna. Ainara Díaz Geda,

Declaro:

- 1) Non ter ningún conflito de intereses relevante no que respecta ao contido presentado nesta Tese doutoral.
- 2) Que o estudo aquí presentado non contén datos de carácter persoal e que o estudo non precisa avaliación previa do comité de ética da investigación.
- 3) Que a participación dos suxeitos foi voluntaria, anónima e que a posibilidade de non participar no mesmo estivo dispoñíbel en todo momento.

En Santiago de Compostela, a 14 de xaneiro de 2020

Asdo. Ainara Díaz Geda



-Nas cidades prohibiron os pobres.

-Sería mellor que prohibisen a pobreza.

Alfonso Daniel R. Catelao



A mamá, papá e Alba.

Por ser e facer todo posíbel.



Agradecementos

O remate desta Tese de Doutoramento supón o peche dunha etapa intensa, chea de loitas, aprendizaxe e crecemento. Unha etapa que semellaba infinita, mais que agora sinto sorprendentemente fugaz.

Neste punto, resulta imprescindíbel comezar agradecendo:

En primeiro lugar, á miña familia. A mamá, a papá e á miña irmá Alba. Por ser exemplo, o único a seguir. Por ser o “núcleo” que me impulsa a camiñar cada día. Por coidarme e protexerme, sen soltarme a man. Por seguirme ensinando sobre o amor verdadeiro. E recordarme que só cabe unha dirección: “sempre adiante”.

Toda a miña gratitude para o profesor Francisco Caamaño, por ter dirixido esta Tese Doutoral da mellor maneira. Por ter vontade de afondar nunha realidade tan necesaria, e guiarme na andaina, superando atrancos e sorteando as eivas. Polas horas. Polos azos. Por conseguir que me sentise apoiada en cada momento da túa enerxía inesgotábel. Así, fíxeches forte o meu ánimo e alimentache as miñas gañas de descubrir. Sobre todo, grazas por ter confiado en min Paco.

A Lucía Moure, codirectora desta Tese. Grazas polo inmenso traballo realizado, por toda a túa axuda e bo dispor, por cada indicación precisa. Grazas pola túa actitude sempre positiva e o teu sorriso como resposta.

A Bernardo Penabade, por remover conciencias e dar oportunidades. Por facer da docencia unha loita e un compromiso cotián. Toda a

esperanza que nos dás, é un presente que levamos connosco. Obrigada sempre, Bernardo.

A Luzia Oca, pola fantástica inspiración e entusiasmo. Por ser pioneira en dar voz á realidade burelá. Pola empatía, a alegría e a túa axuda incondicional. Muito obrigada.

Ao profesor Albert Espelt. Merci Albert, per donar-me l'oportunitat de descobrir un món de possibilitats dins de min. Per ensenyar-me tant, que de la lluita, de vegades contra una mateixa, surten coses boniques. Merci també a Ester Colillas, a Ester Teixidó, a Marina i a Núria, per fer que 3 mesos valguin anys.

Gràcies a tots el meus amics de Manresa. Quina sort la meua.

Á Dirección e profesorado dos IES O Perdouro, que é fogar, e ao IES Monte Castelo, todo o meu agradecemento, por abrimme as portas e brindarme esta oportunidade.

Toda a miña gratitude ás persoas protagonistas desta pescuda. A todo o estudantado de secundaria de Burela, que me agasallaron o seu tempo e as súas respostas sinceras, facendo este proxecto posíbel.

Nestes anos, a vida non só foi facer a Tese. Foi vida enfermeira tamén, vida de Hospitais, en distintos servizos, na Mariña, en Compostela, con distintas persoas. Vida pegada a un teléfono. Foi duro, mais tamén foi un reforzo xigante. Non deixei de aprender nin un só día, non deixei de ser feliz desenvolvendo o meu traballo. Malia os atrancos e as dificultades, sempre estaremos na loita. Por iso, esta Tese tampouco tería sido posíbel sen as compañeiras que atopei no camiño. Infinitas grazas.

A Ares, obrigada por tanta paz no camiño.

E para rematar, á miña grande familia e ás amizades eternas da Mariña, de Compostela e ás que teño espalladas mundo adiante. Porque eu non son sen vós. Obrigada pola vida que me dades.

Obrigada por saber entender e desculpar as ocasións nas que non puiden estar e pola felicidade que me agasallades cando estamos xuntas. Agora toca desfrutar de cada minuto novamente.

Toda a miña gratitude a todas as que me coidástedes nesta andaina, porque sen vós, non podería ter vivido esta aventura.





Resumo

As desigualdades sociais en saúde durante a adolescencia asóciáanse ao aumento da morbilidade e discapacidade nas persoas. A escasa produción científica no tocante a estas desigualdades na poboación galega, alén da pouca difusión da mesma, desde calquera enfoque metodolóxico, imprime importancia á realización de estudos como o presente, que procuran ampliar este coñecemento e tecer ferramentas para atallar estas problemáticas na nosa sociedade.

Esta Tese de Doutoramento pretende avaliar as desigualdades sociais en saúde do estudantado de Ensino Secundario Obrigatorio (ESO) de Burela (Lugo) e as súas consecuencias nos comportamentos en saúde desta poboación. De xeito que persegue os obxectivos seguintes: (1) avaliar o efecto do xénero, a procedencia e as desigualdades en saúde sobre o consumo de alcol, tabaco e cannabis nesta poboación; (2) coñecer a relación entre o consumo destas substancias psicoactivas e o *bullying* co estado de ánimo negativo e (3) a comparación destas asociacións en adolescentes de Burela (Galiza) fronte aos da Catalunya Central.

Xa que logo, desenvolveuse un estudo transversal entre o estudantado da ESO dos dous Institutos de Educación Secundaria (IES) de Burela (Lugo) (N=262). Para o que se realizou primeiramente un traballo de campo, con numerosas entrevistas a profesionais do ensino e da sanidade pública de Burela, con vontade de mellorar a reflexión previa. Para a recollida de datos utilizáronse os cuestionarios FRESC “Factors de Risc en Estudiantes de Secundaria”, deseñados pola Agència

de Salut Pública de Barcelona para avaliar os factores de risco psicosociais e as desigualdades en saúde do estudantado. Neste cuestionario tamén se inclúe un fragmento doutro amplamente utilizado e validado *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) para a valoración da saúde mental, así coma o KIDMED, un cuestionario validado de adherencia á dieta mediterránea, para a análise das pautas de alimentación. Así, médironse variábeis sociodemográficas, consumo de substancias adictivas, actividades de lecer, sexualidade, mobilidade e alimentación. A análise dos datos realizouse con perspectiva de xénero.

Os resultados do presente estudo amosaron: 1) Que o consumo de alcol, tabaco e cannabis, en adolescentes de Burela, aumentou coa idade e coa maior dispoñibilidade económica; mentres que o sexo e a procedencia non amosaron relación con tales consumos. 2) Que o consumo de cannabis nesta poboación se relacionaba co *bullying* e co estado de ánimo negativo e 3) Que na comparación de Burela cos municipios de Catalunya Central aparecían diferenzas en canto ao nivel académico, o consumo de tabaco, o estado de ánimo negativo e o *bullying*; malia tratarse de poboacións similares en canto ao número de habitantes e o nivel socioeconómico. Isto implica a necesidade de continuar investigando estas conductas en poboacións de menor tamaño, debido ás peculiaridades que podemos estar obviando.

Este traballo supón a primeira achega desde a epidemioloxía á influencia das desigualdades sociais en saúde durante a adolescencia na poboación galega. Este fenómeno constitúe unha problemática prioritaria para a Saúde Pública que debe ser afrontada polas institucións sen demora. Ademais ponse o foco na realidade multicultural dun municipio como Burela, un contexto paradigmático que, alén de darnos a oportunidade de centrar a nosa pesquisa nunha vila galega, fronte ás cidades nas que se adoita pór o foco, constitúe un reto para as políticas inclusivas.

Summary

Social inequalities in health during adolescence are associated with the rise of mortality and disability. The lack of scientific work regarding these inequalities in the Galician population, aside from the poor dissemination of existing work, from any methodological standpoint, marks the importance of conducting studies such as this one, which seeks to broaden this knowledge and develop tools to put a stop to these problems in our society.

This doctoral thesis seeks to evaluate social inequalities in the health of secondary school students in Burela (Lugo) and the consequences of these inequalities in the health-related behaviours of this population. This study has the following objectives: (1) to evaluate the effect of gender, the origin of the inequalities in health regarding the use of alcohol, tobacco and cannabis in this population; (2) to learn about the relationship between the use of these psychoactive substances and bullying and a negative emotional state and (3) to compare these associations in the adolescents of Burela (Galiza) with those of Catalunya Central.

For this purpose, a cross-sectional study was carried out among the secondary school students from the two secondary schools in Burela (Lugo) (N=262). Prior field research was conducted involving numerous interviews with public education and public health professionals in Burela with a desire to improve the aforementioned situation. Data collection was carried out using FRESC questionnaires (*“Factors de Risc en Estudiants de Secundària”* or “Risk Factors in Secondary Students”), designed by the Barcelona Public Health

Agency to evaluate psychosocial risk factors and inequalities in student health. This questionnaire also includes a fragment of another widely used and validated Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to evaluate mental health, as well as KIDMED, a validated questionnaire on adherence to the Mediterranean diet, for analysis of dietary patterns. Thus, various sociodemographic variables were measured: the use of addictive substances, leisure activities, sexuality, transportation and nutrition. The data analysis was carried out from a gender-based perspective.

The results of this study demonstrated that: 1) The use of alcohol, tobacco and cannabis in adolescents in Burela increased with age and with greater economical availability; whereas sex and origin showed no connection with the use of these substances. 2) The use of cannabis in this population was related to bullying and to a negative emotional state and 3) In the comparison of Burela with the municipalities of Catalunya Central, differences were found; in academic level, tobacco use, negative emotional state and bullying; despite these populations being similar in terms of number of inhabitants and socioeconomic status. This indicates the necessity of continuing to research these behaviours in populations of smaller size, due to the singularities that we may be ignoring.

This work marks a first contact from an epidemiological standpoint regarding the influence of social inequalities on health during adolescence in the Galician population. This phenomenon constitutes a priority issue for public health that must be addressed by public institutions without delay. Additionally, this research places the focus on the multicultural reality of a municipality such as Burela, a paradigmatic context which, beyond giving us an opportunity to focus our research on a Galician village as opposed to cities which tend to receive the spotlight, creates a challenge for inclusive policies.

Índice

1 INTRODUCCIÓN	27
1.1 EIXOS DE DESIGUALDADE	30
1.1.1 Xénero	30
1.1.2 Idade	31
1.1.3 Etnia	33
1.1.3.1 A poboación de Burela	34
1.1.4 Territorio	39
1.1.4.1 O contexto: Galiza e Burela	40
1.1.5 Posición socioeconómica	42
1.2 DESIGUALDADES SOCIAIS EN SAÚDE NA ADOLESCENCIA: O CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS	43
1.3 DESIGUALDADES SOCIAIS EN SAÚDE NA ADOLESCENCIA: ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E <i>BULLYING</i>	46
1.4 DIFERENZAS CONTEXTUAIS: O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E O <i>BULLYING</i>	48
2 OBXECTIVOS	53
3 MÉTODOS	57
3.1 ACHEGAMENTO AO CAMPO DE ESTUDO	57
3.2 DISEÑO E POBOACIÓN DO ESTUDO	57

3.3	RECOLLIDA DE DATOS	57
3.4	OBXECTIVO: DETERMINAR O EFECTO DA PROCEDENCIA E AS DESIGUALDADES SOCIAIS SOBRE O CONSUMO DE ALCOL, TABACO E CANNABIS EN ADOLESCENTES NO CONTEXTO MULTICULTURAL DE BURELA:.....	59
3.4.1	Variábeis dependentes	59
3.4.2	Variábeis independentes.....	60
3.4.3	Análise estatística	60
3.5	OBXECTIVO: ANALIZAR A ASOCIACIÓN ENTRE O CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS, O <i>BULLYING</i> E O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO EN ADOLESCENTES NO CONTEXTO MULTICULTURAL DE BURELA.	61
3.5.1	Variábel dependente	61
3.5.2	Variábeis independentes.....	62
3.5.3	Análise estatística	63
3.6	OBXECTIVO: COÑECER AS DIFERENZAS NO CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E O <i>BULLYING</i> EN ADOLESCENTES DE CINCO POBLACIÓNS DE TAMAÑO PEQUENO, CON CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS SIMILARES, DE BURELA (GALIZA) E CATALUNYA.....	64
3.6.1	Variábel independente.....	64
3.6.2	Variábeis dependentes	64
3.6.3	Análise estatística	65
4	RESULTADOS.....	69
4.1	CONSUMO DE ALCOL, TABACO E CANNABIS EN ADOLESCENTES.	69

4.2 O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E O <i>BULLYING</i> .	73
4.3 INFLUENCIA DO CONTEXTO O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E O <i>BULLYING</i> .	79
5 DISCUSIÓN	89
5.1 CONSUMO DE ALCOL, TABACO E CANNABIS EN ADOLESCENTES.	89
5.2 O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO, O E O <i>BULLYING</i> .	92
5.3 INFLUENCIA DO CONTEXTO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E <i>BULLYING</i> .	95
6 CONCLUSIONES	101
7 REFERENCIAS	105
8 ANEXOS	131
8.1 ADAPTACIÓN DO CUESTIONARIO FRESC EN GALEGO PARA 2º E 3º CURSO DE ESO.	131
8.2 ADAPTACIÓN DO CUESTIONARIO FRESC EN GALEGO PARA 4º CURSO DE ESO.	137
8.3 CARTAS Á DIRECCIÓN DOS IES DE BURELA.	145
8.3.1 Carta á Directora do IES Monte Castelo.	145
8.3.2 Carta ao Director do IES O Perdouro.	149
8.3.3 Modelo de autorización de nais e pais ou persoas titoras.	153



Índice de táboas

Táboa 1.	Poboación segundo lugar de nacemento e residencia. Burela 2015-2018. Fonte IGE. Padrón municipal. Táboa de elaboración propia.....	35
Táboa 2.	Datos por continentes, para o total da poboación nacida no estranxeiro empadroada en Burela 2015-2018. Fonte IGE. Padrón municipal. Táboa de elaboración propia.	36
Táboa 3.	Datos desagregados por países segundo o Padrón municipal, para o total da poboación nacida no estranxeiro empadroada en Burela. Fonte IGE. Padrón municipal de habitantes. Táboa de elaboración propia.....	37
Táboa 4.	Lugar de orixe da poboación adolescente participante do presente estudo. Burela, 2015.....	38
Táboa 5.	Descrición da mostra de poboación adolescente de 13 a 16 anos. Burela, 2015.	69
Táboa 6.	Expectativas e consumo de alcol, tabaco e cannabis en poboación adolescente de 13 a 16 anos en función da procedencia. Burela, 2015.	70
Táboa 7.	Opiniós e hábitos de acordo ao sexo referido pola poboación adolescente de 13 a 16 anos. Burela, 2015.....	70
Táboa 8.	Influencia das características de poboación adolescente de 13 a 16 anos sobre as expectativas e prácticas de consumo de alcol, tabaco e cannabis. Burela, 2015.....	71
Táboa 9.	Características sociodemográficas segundo o estado de ánimo en adolescentes de 13 a 16 anos. Burela, 2015.....	74

Táboa 10.	Prevalencias e Razóns de Prevalencia do estado de ánimo negativo en poboación de 13 a 16 anos. Burela, 2015.	77
Tabla 11.	Características da mostra. Distintas poboacións de Catalunya Central e Burela (Galiza). (2012-2015).	80
Tabla 12:	Razóns de Prevalencia de variabeis socioeconómicas, consumos de substancias psicoactivas, estado de ánimo negativo e <i>bullying</i> en adolescentes de Centelles, Torelló, Sant Joan de Vilatorrada e Sant Fruitós de Bages comparados con adolescentes de Burela.	82
Tabla 13.	Razóns de Prevalencia axustadas de variabeis socioeconómicas, consumos de substancias psicoactivas, estado de ánimo negativo e <i>bullying</i> en adolescentes de Centelles, Torelló, Sant Joan de Vilatorrada e Sant Fruitós de Bages, comparados con adolescentes de Burela.	84
Tabla 14:	Razóns de Prevalencia e Razóns de Prevalencia axustadas de variabeis socioeconómicas, consumos de substancias psicoactivas, estado de ánimo negativo e <i>bullying</i> en adolescentes dos municipios de Catalunya central agrupados, fronte a adolescentes de Burela.	85

1. INTRODUCCIÓN





1 INTRODUCCIÓN

As desigualdades sociais en saúde son “diferenzas sistemáticas e potencialmente evitábeis, nun ou máis aspectos da saúde entre grupos ou subgrupos poboacionais definidos social, económica e demograficamente” (Whitehead, 1992). Os grupos privilexiados, son os que antes e máis beneficio obteñen de toda intervención ou opción de acadar unha mellora na saúde (Benach et al., 2004).

As desigualdades sociais en saúde afectan a todas as persoas, e para tentar corrixilas tense que actuar sobre os determinantes “estruturais”: o contexto socioeconómico e político e os eixos de desigualdade (clase social ou posición socioeconómica, xénero, orixe, etnia, idade e territorio); e tamén sobre os determinantes “intermedios”: os recursos materiais como os ingresos, as condicións laborais, o traballo doméstico e de coidados ou o entorno (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

O paradigma científico dominante veuse inclinando polo illamento da saúde dos fenómenos colectivos e sociais. Desta maneira, suxeriuse que a enfermidade aparece por causa do azar, ou dos hábitos de vida desde unha perspectiva unicamente individual. Por iso, segue sendo preciso facer fincapé en que a realidade está determinada pola estrutura social, política e económica que nos envolve (Segura del Pozo, 2013).

Deste xeito, as políticas baseadas na evidencia que procuran dar resposta a tales desigualdades, convértense nunha cuestión de xustiza social (Marmot, 2017). Neste senso, a Comisión sobre Determinantes

Sociais da Saúde da Organización Mundial da Saúde (CDSS-OMS), afirma que “*a inxustiza social está rematando coa vida de moitas persoas*” e que as desigualdades sociais en saúde “resultan da situación en que a poboación medra, vive, traballa e envellece e do tipo de sistemas que se utilizan para combater a enfermidade” (WHO, 2008).

En contraposición a estas inxustas diferenzas, atopamos o concepto de “equidade en saúde”, que implica que “os máis altos estándares de saúde deberían ser accesíbeis a todas as persoas, sen distinción de sexo, etnia, relixión, crenza política, economía ou condición social” (WHO, 1946). Na procura desta meta, a propia OMS afirmaba que “para o ano 2020, as diferenzas en saúde entre os grupos socioeconómicos de cada país deberíanse reducir polo menos unha cuarta parte en todos os Estados membros, mediante a mellora substancial do nivel de saúde dos grupos máis desfavorecidos” (WHO, 1999).

O impacto que xeran as desigualdades sociais en saúde é moi relevante, xa que constitúen un incremento na morbilidade e mortalidade, superior á maioría de factores de risco coñecidos e seguen unha tendencia crecente (Benach et al., 2004; Borrell et al., 2005). Algúns países xa as tiveron en conta nos seus plans de saúde e nas súas políticas públicas (Borrell et al., 2005). Así, xa se ten observado que estas desigualdades se reduciron naquela contorna con tradicións políticas que priorizan as diferenzas económicas e o contexto, nos seus plans de saúde e políticas públicas (Borrell et al., 2009). Ademais loitar contra elas non é posíbel sen o compromiso do fomento e a defensa da saúde e da equidade en todas as políticas (Comision de Determinantes Sociales en Salud, 2009).

A CDSS-OMS expón tres eixos chave para as políticas que aborden as Desigualdades Sociais en Saúde: mellorar as condicións de

vida da poboación, loitar contra a distribución desigual do poder e os recursos, e medir e monitorizar a magnitude do problema (Dow et al., 2010).

No Estado español, en 2008 a Comisión para Reducir as Desigualdades Sociais en Saúde (CDSS-E) elaborou unha serie de recomendacións, que durante os anos da última crise económica non se seguiron (Comision de Determinantes Sociales en Salud, 2009). As políticas de austeridade e desmantelamento dos servizos públicos, puideron acentuar o gradiente de desigualdade e deteriorar a saúde física e mental das persoas que máis sufriron estes procesos (Bacigalupe et al., 2016; Bartoll et al., 2013; Novoa et al., 2014).

A redución das desigualdades é un dos obxectivos de desenvolvemento sustentábel proposto polas Nacións Unidas para a Axenda 2030. Porén, no Estado español segue representando un grande reto (Gobierno de España, 2019). A escasa acción até o momento neste eido, podería deberse á falta de información científica até fai uns anos e á pouca visibilidade entre os axentes sociais e a sociedade. Ademais, ao tratarse dun asunto cunha clara compoñente política e social, sitúase no epicentro de numerosos conflitos e intereses (Benach et al., 2004).

A aceptación de que o lugar onde nacemos, o noso sexo, o noso nivel económico, o tipo de estudos ou traballo que desenvolvemos, constitúe un condicionamento da nosa saúde e a nosa calidade de vida, implica pór en xaque a estrutura sociopolítica na que nos enmarcamos (Segura del Pozo, 2013).

O estudo destas desigualdades na Galiza constitúe unha necesidade urxente. A falta de ferramentas que as monitoricen, pode ser determinante para o feito de que non se teñan en conta na planificación dos recursos.

Tendo isto en conta, evidénciase a necesidade de monitorizar e vixiar as influencias na nosa saúde dos Determinantes Sociais, xunto coa publicación dos resultados obtidos, facilitando o seu acceso a toda a poboación (Espelt et al., 2016). Isto supón o primeiro paso para avanzar na creación de políticas públicas transformadoras que comecen a dar resposta a esta realidade.

1.1 EIXOS DE DESIGUALDADE

1.1.1 Xénero

“Women and men play different roles in different social contexts. This affects the degree to which women and men have access to, and control over, the resources and decision-making needed to protect their health, resulting in inequitable patterns of health risk, use of health services and in health outcomes” (WHO Euro, 2001).

A constitución do xénero varía segundo como as categorías sexuais, étnicas e de clase, operen en cada contexto histórico e social. Desta maneira, non se pode separar das interseccións políticas e culturais nas que se produce e nas que se vai manter (Butler, 2007).

O xénero é un construto social cambiante, non conforma unha categoría binaria estática que se poida comprender desagregando unicamente os datos obtidos por sexo (Artazcoz et al., 2018; Connell e Messerschmidt, 2005). Por tanto, o feito de que na presente investigación non se mostre a totalidade dos datos obtidos deste xeito, (por cuestións relativas ao tamaño mostral), non significa que a perspectiva de xénero non estea presente na globalidade da nosa pescuda.

As desigualdades de xénero aparecen en todas as sociedades e o seu marco conceptual inclúe as desigualdades no poder, no acceso aos

recursos e no control sobre eles, a división sexual do traballo e a socialización de xénero (Artazcoz et al., 2018).

Na adolescencia, a vixilancia destas desigualdades debería ser aínda máis intensa, tendo en conta que se dá a “afirmación do si” e que constitúe un momento chave para a reafirmación dos roles de xénero (Herranz Gómez, 2006).

Neste senso, téñense observado dende a adolescencia diferenzas entre xéneros, en canto á saúde percibida, á saúde mental e ao estado de ánimo na adolescencia (Ortuño-Sierra et al., 2014, 2018) e tamén en comportamentos como o consumo de substancias adictivas (Schulte et al., 2009).

O enfoque de xénero en saúde persegue o obxectivo fundamental de procurar a comprensión das relacións de poder e desigualdade que afectan á saúde das persoas (Borrell et al., 2004; Teixidó-Compañó et al., 2018).

1.1.2 Idade

A maioría da evidencia científica, ten sinalado o efecto acumulativo das desigualdades co paso dos anos. Na poboación adolescente, a desigualdade aumentou en numerosos indicadores da súa saúde, seguindo unha tendencia coincidente coa distribución desigual dos ingresos entre persoas ricas e pobres (Currie et al., 2012; Starfield et al., 2002).

Outras investigacións teñen atopado diferenzas no impacto das desigualdades, segundo os indicadores utilizados e a fase de crecemento na que se atopa a persoa. Nesta liña, algúns estudos propuxeron a teoría da ecualización, segundo a cal as desigualdades se atenúan na etapa adolescente, de maneira que non existiría un gradiente social continuado que se vai acentuando ao longo da vida

(Moreno-Maldonado et al., 2017; Vallejo-Torres et al., 2014). Estes traballos sinalan o efecto homoxeneizador que se da nesta etapa con respecto ao grupo de iguais, que pasa a un nivel de importancia superior que o contexto familiar (Starfield et al., 2002).

Porén, outros estudos teñen sinalado a importancia do contexto socioeconómico familiar durante a adolescencia. Xa sexan acumulativas ou limitadas no tempo, as desigualdades xorden de distintas exposicións a conductas de risco para a saúde, que poden ocorrer ao longo da vida. Estas relacións segundo a idade variarán conforme o indicador utilizado, e ese efecto ecualizador, segundo defenden autores como Spencer, Ward e Viner, podería verse nas clases máis avantaxadas, mais non nos grupos con menos vantaxe socioeconómica (Spencer, 2006; Ward e Viner, 2018).

A adolescencia constitúe unha etapa de aprendizaxe, formación e experimentación, que determina boa parte do comportamento na vida adulta (Font-Ribera et al., 2014). As desigualdades sociais en saúde durante esta etapa convértense en determinantes para o futuro, de xeito que resulta imprescindible monitorizalas. Porén, os estudos que teñen analizado múltiples comportamentos en poboación adolescente, construíronse de xeito heteroxéneo, o que complica a comparación de resultados e imprime a necesidade de instaurar indicadores que axuden a vixiar os efectos das desigualdades en saúde neste colectivo, así como se fixo en poboación adulta (Font-Ribera et al., 2014).

De acordo con Font-Ribera et al. (2014), canto máis precozmente se detecten as desigualdades, máis eficiente será a intervención para solucionarlas. Non cabe dúbida de que un coñecemento preciso de como inflúen as desigualdades nas persoas menores de idade, constitúe un paso fundamental para reducilas (González-Rábago e Martín, 2019).

1.1.3 Etnia

As poboacións migrantes e as minorías étnicas, son con frecuencia sectores sociais marxinados (Health e Organization, 2008). Autores como Ingleby, teñen sinalado que no contexto europeo, a produción científica puido ter esquecido ou menosprezado as desigualdades que afectan a esta poboación (Ingleby, 2012).

Tense observado que, cando a etapa adolescente se encadra nun contexto de interacción intercultural, os cambios nos comportamentos de saúde poden acentuarse, converténdose nunha potencial fonte de repercusións negativas no benestar e na saúde futura da mocidade (Bousoño Serrano et al., 2017; García-Sánchez et al., 2016; González et al., 2015; C. Meneses et al., 2009). Neste senso, a etnicidade ou pertenza a un grupo étnico é un elemento chave de identificación social e cultural (Meneses et al., 2013).

Ademais, débese sinalar a influencia do proceso de aculturación, definido como o intercambio de actitudes culturais e condutas que ocorren cando persoas de distintas contornas socioculturais entran en contacto (Luengo et al., 2009). Este concepto, aínda que tradicionalmente se entendía como a adopción da cultura dominante, actualmente adoita dividirse en diferentes estratexias posíbeis: a integración ou biculturalismo, a asimilación, a separación ou retirada e a marxinalización ou alienación (Luengo et al., 2009).

De acordo con varias publicacións, revélase a influencia deste proceso de configuración da identidade, que podería estar relacionado co uso de drogas psicoactivas, xa que un dos factores asociados a esta conduta é que as reproduza o grupo de iguais (Giró, 2011). É importante tratar o concepto de xeito global e avanzar no desenvolvemento de escalas que o aborden como o multidimensional e complexo proceso que representa (Fosados et al., 2007).

Ademais existen estudos que sinalaron a influencia do *status* migratorio dos proxenitores, de maneira que existe unha herdanza nas desigualdades (González-Rábago e Martín, 2019). Esta cuestión precisa ser estreitamente vixiada para comprender as influencias do contexto económico, co obxectivo de entender como puido repercutir na privación material ou no acceso a servizos sanitarios nesta poboación na nosa contorna (González-Rábago e Martín, 2019).

1.1.3.1 A poboación de Burela

O coñecemento destas desigualdades resulta de moito interese no territorio que é obxecto do noso estudo. Burela é un municipio situado na costa lucense, na comarca da Mariña, concretamente na Mariña Central, xunto cos concellos de Alfoz, Foz, Lourenzá, Mondoñedo e O Valadouro. A Mariña, permaneceu no illamento comunicativo debido ás precarias estruturas que a dotan a este nivel, até tempos actuais. Neste contexto, apareceron actividades endóxeas que deron pé ao desenvolvemento económico da comarca. Tal é o caso de Burela, que conta cun dos portos pesqueiros chave na zona cantábrica (Oca, 2013).

En Burela, segundo o padrón municipal de 2018, habitan 9.566 persoas de diversas orixes (8.040 persoas autóctonas e 1.526 inmigrantes segundo o IGE) (IGE, 2019). Estes datos amosan o acelerado crecemento demográfico, froito dos distintos fluxos migratorios, tanto de carácter interno como internacional, que compoñen este municipio da costa lucense (Oca, 2013).

Segundo os datos do padrón municipal actualizados, o 33,66% (3.220) das persoas censadas en Burela naceron alí, o 35,03% (3.351) noutros municipios de Lugo, o 5,36% (513) noutros lugares de Galiza, o 9,99% (956) proceden de diferentes lugares do Estado español e o 15,95% (1526) emigraron a Burela desde outros países (IGE, 2019).

Cómpre sinalar que na porcentaxe de poboación “nativa”, estase incluíndo parte da descendencia das persoas inmigrantes estranxeiras, que adoitan optar pola nacionalidade española, cuxo acceso dependerá da lei do país orixinario dos proxenitores no caso de que ambos fosen estranxeiros (Oca, 2013).

O noso é un traballo cuantitativo, o que nos impide afinar algunhas categorías e clasificacións. Con todo, realizamos un exercicio de profunda reflexión, para a construción da variábel coa que medimos os resultados obtidos pola poboación adolescente inmigrante, na procura dunha clasificación que recollese os matices recén comentados.

Táboa 1. Poboación segundo lugar de nacemento e residencia. Burela 2015-2018. Fonte IGE. Padrón municipal. Táboa de elaboración propia.

Orixe da poboación		2015	2018	% 2015	% 2018
Galiza	Burela	3.177	3.220	33,16%	33,66%
	Outro concello lucense	3.424	3.351	35,74%	35,03%
	Outra provincia galega	547	513	5,71%	5,36%
Estado español	Outra CCAA	964	956	10,06%	9,99%
	No extranxeiro	1.468	1.526	15,32%	15,95%
	TOTAL	9.580	9.566	100,00%	100,00%

A chegada da nova veciñanza, procedente dunha ampla variedade de territorios e países, produciuse vinculada principalmente aos distintos sectores de produción da zona, como ocorre coa comunidade caboverdiana, e tamén ao retorno de descendentes da antiga migración da Mariña a países latinoamericanos (Oca, 2013).

No que respecta ás procedencias da poboación inmigrante residente en Burela na actualidade, África acada o 41,19%, (nos datos do padrón non aparece desagregada a comunidade caboverdiana, mais unha vez restada a marroquina, nixeriana e senegalesa, supoñemos que

case a totalidade dos restantes han ser de Caboverde, aproximadamente unhas 532 persoas). América Latina aporta o 35,12% da poboación estranxeira, destacando a poboación peruana (29,38%), a continuación estaría a uruguaia, a colombiana e a brasileira.

A continuación sitúase a poboación de orixe europea, cunha cifra do 13,54%, destacando a comunidade portuguesa cun 11,63% do total da poboación de orixe estranxeira burelá.

Por último, o continente asiático aporta un 7,47% de poboación, procedente nunha pequena parte da China, que é o único país para o que se amosan datos desagregados. Os restantes, semellan corresponder a poboación netamente masculina, de orixe indonesia, vencellada ao traballo no mar (Oca, 2013).

Táboa 2. Datos por continentes, para o total da poboación nacida no estranxeiro empadroada en Burela 2015-2018. Fonte IGE. Padrón municipal. Táboa de elaboración propia.

CONTINENTE	2015	2018	% 2015	% 2018
AMÉRICA	541	550	36,85%	35,12%
ÁFRICA	601	645	40,94%	41,19%
ASIA	122	117	8,31%	7,47%
EUROPA TOTAL	202	212	13,76%	13,54%
OCEANÍA	2	2	0,14%	0,13%

Táboa 3. Datos desagregados por países segundo o Padrón municipal, para o total da poboación nacida no estranxeiro empadroada en Burela. Fonte IGE. Padrón municipal de habitantes. Táboa de elaboración propia.

PAÍS	2015	2018	% 2015	% 2018
Alemaña	11	11	1,35%	1,32%
Bulgaria	1	1	0,12%	0,12%
Francia	16	15	1,97%	1,80%
Italia	5	3	0,62%	0,36%
Polonia	0	2	0,00%	0,24%
Portugal	101	97	12,44%	11,63%
Reino Unido	17	16	2,09%	1,92%
Rumanía	23	30	2,83%	3,60%
Rusia	4	6	0,49%	0,72%
Ucraína	0	1	0,00%	0,12%
Marrocos	34	35	4,19%	4,20%
Nixeria	6	4	0,74%	0,48%
Senegal	58	74	7,14%	8,87%
Arxentina	19	23	2,34%	2,76%
Bolivia	4	6	0,49%	0,72%
Brasil	63	54	7,76%	6,47%
Colombia	61	67	7,51%	8,03%
Cuba	11	9	1,35%	1,08%
Chile	4	4	0,49%	0,48%
Ecuador	4	2	0,49%	0,24%
Paraguai	4	3	0,49%	0,36%
Perú	246	245	30,30%	29,38%
República Dominicana	19	22	2,34%	2,64%
Uruguai	81	77	9,98%	9,23%
Venezuela	9	17	1,11%	2,04%
China	11	10	1,35%	1,20%
TOTAL	1468	1566		

A continuación amósase unha táboa que reflicte o lugar de nacemento da poboación adolescente de Burela que participou nesta pescuda.

Táboa 4. Lugar de orixe da poboación adolescente participante do presente estudo. Burela, 2015.

Orixe	Frecuencia	Porcentaxe
Estado español	189	79,4
Cabo Verde	18	7,6
Perú	8	3,4
Honduras	1	0,4
Colombia	1	0,4
Uruguai	2	0,8
República Dominicana	1	0,4
Brasil	4	1,7
Bolivia	1	0,4
Romania	3	1,3
Portugal	1	0,4
Senegal	2	0,8
Pakistan	1	0,4
Guatemala	1	0,4
Arxentina	3	1,3
Rusia	1	0,4
Total	237	99,6
Total	238	100,0

A tendencia de crecemento dos colectivos estranxeiros en Burela, convértea nunha localidade atraínte e con dinamismo para a poboación inmigrante. A súa diversificación económica, posibilitou que se teña convertido nun dos concellos máis puxantes no Norte galego (Río, 2001).

Ademais, outra peculiaridade desta vila é que veu presentando unha das taxas brutas de natalidade máis altas do país. A porcentaxe de poboación menor a 20 anos é superior á porcentaxe de persoas que

superan os 65, e cun saldo vexetativo positivo, o que converte a Burela no único municipio lucense con tal dato (IGE, 2019).

Así, Burela constitúe unha poboación nova e diversa. Con todo, a súa ampla compoñente migratoria podería estar condicionando un aumento das desigualdades sociais nesta poboación. De aí xorde a vontade de coñecer os comportamentos de saúde e as súas consecuencias na mesma, das persoas en idade adolescente desta vila, que representa unha oportunidade e un contexto único para as pescudas en epidemioloxía social.

1.1.4 Territorio

Outro eixo de desigualdade constitúeo a contorna en que vive a persoa. As características socioeconómicas que configuran un ámbito xeográfico condicionan a maneira de vivir, traballar e relacionarse das persoas que o habitan. Así, segundo se trate dun territorio máis ou menos privado de recursos, con accesibilidade a diferentes servizos, a condicións dignas de traballo, ou con peor calidade do medio-ambiente, terá diferentes repercusións na saúde de quen o habita (Domínguez-Berjón et al., 2001; Fone e Dunstan, 2006).

A investigación destas desigualdades resulta verdadeiramente complexa, debido á multiplicidade de indicadores e metodoloxías utilizadas. Así, na literatura epidemiolóxica, os conceptos de rural e urbano téñense utilizado e medido de distinta maneira, segundo o foco de interese.

En numerosas ocasións, esta clasificación centrouse en cuestións coma o número de persoas que habitan unha poboación, malia que algunhas publicacións tamén teñen sinalado a importancia de afondar no entendemento de como o territorio inflúe na saúde, no dinamismo e variabilidade do tempo e do espazo, e na relación de reciprocidade que

se dá entre os territorios e quen os poboar (Cummins et al., 2007). Así, a comprensión destes conceptos, pasa pola análise das interaccións en canto ás relacións sociais, as opcións de sistemas de saúde, as estruturas sociais e de poder, que se dan entre as persoas e o territorio (Bourke et al., 2012).

1.1.4.1 O contexto: Galiza e Burela.

No Estado español, algúns estudos clasificaron como “rural” aquel municipio que conta con menos de 10.000 habitantes (Font-Ribera et al., 2013; Obradors-Rial et al., 2014). De seguirmos tal clasificación, Burela sería considerado un municipio rural. Esta visión non tería en conta a particular articulación do territorio galego, onde conviven sistemas urbanos con franxas espaciais en regresión e vilas con particularidades demográficas e económicas esperanzadoras (Otero-Enríquez e Gómez Rodríguez, 2007).

Outro limiar que se ten utilizado para caracterizar o espazo rural é o que marca a Lei 45/2007 de desenvolvemento sostible do medio rural, que considera a densidade demográfica dos 100hab/km² administración rural.

Na Galiza, tense aceptado que as vilas forman parte do sistema urbano, situándose o limiar nos 1.000 habitantes nas da montaña (Rodríguez González, 1999), isto establecería unha marxe ampla para a clasificación da nosa contorna, mais aparece a dúbida de onde se sitúa a diferenza que marca a existencia dunha persoa máis ou menos nunha poboación (Paül i Carril, 2015).

Burela é un territorio de 7,2 km², o seu escaso espazo de expansión, convérteo no terceiro concello galego con maior densidade

poboacional, por detrás de Vigo e A Coruña, cun dato de 1.249 hab/km² (IGE 2018).

Con todo, esta clasificación podería resultar aínda máis problemática cá anterior, debido á súa dependencia das unidades administrativas (concellos), de xeito que no caso galego, tendo en conta esta distribución, máis do 80% do noso territorio tería de ser considerado rural (Paül i Carril, 2015).

Xa que logo, na presente investigación non utilizamos a dualidade de rural-urbano como clasificación, entendendo que conforma un debate fundamente complexo que baixo a nosa opinión, ofrece distintas limitacións interpretativas. Ademais, pode conformar un punto de corte arbitrario, que simplifica e distorce a realidade, xa que xeralmente está ao servizo do prexuízo (Díaz Geda, 2013).

A metodoloxía cualitativa podería axudar a afondar no coñecemento dun xeito holístico da interacción entre o individuo e o contexto (Curtis e Rees Jones, 1998). É preciso traballar da man doutras áreas de coñecemento, beber de diversas teorías, para afrontar as desigualdades que se relacionan co contexto no que as persoas se desenvolven (Curtis e Rees Jones, 1998).

O eido municipal é chave para a posta en marcha de proxectos e políticas que melloren a saúde comunitaria, a proximidade do goberno local á cidadanía constitúe unha oportunidade para facer realidade a influencia da saúde na axenda política. A actual situación, na que os municipios ven limitada a súa marxe de manobra, pode estar provocando un aumento das desigualdades no territorio (López Ruiz et al., 2018).

A descentralización da xestión da saúde comunitaria constitúe unha oportunidade para aportar autonomía aos gobernos locais e

actuar sobre os determinantes sociais desde unha perspectiva transversal (López Ruiz et al., 2018).

1.1.5 Posición socioeconómica.

Os recursos económicos dispoñíbeis, tendo en conta o contexto histórico e cultural, condicionan o acceso á vivenda, á alimentación saudábel, á realización de actividade física ou tamén á adquisición de comportamentos nocivos como o consumo de alcol, tabaco ou outras substancias aditivas (Gauffin et al., 2013). De tal xeito que as poboacións menos favorecidas a nivel socioeconómico, reflectirán peores resultados para os distintos indicadores de saúde (Comision de Determinantes Sociales en Salud, 2009).

Existe literatura que sinala a influencia do nivel socioeconómico adolescente nos comportamentos en saúde (Hanson e Chen, 2007). O nivel socioeconómico condiciona o mellor nivel educativo, que tamén se asocia con mellores comportamentos en saúde (Sirin, 2005; Whitehead et al., 2015). Os seus efectos poden ser consecuencia directa da propia educación ou da relación que ten coa dispoñibilidade económica, co tipo de traballo, as condicións de vida e os procesos psicolóxicos, que á súa vez se asocian coa saúde (Marmot, 2017).

Ademais, as experiencias adversas en idades temperás do desenvolvemento son máis frecuentes canto máis baixa é a posición socioeconómica dos proxenitores e estas vincúlanse con condutas de risco para a saúde como o uso de substancias psicoactivas durante a adolescencia (Elgar et al., 2005) e coa enfermidade mental e mesmo a física (Marmot, 2017).

Polo tanto, a limitación dos recursos económicos en etapas temperás da vida, condiciona o desenvolvemento no futuro (Starfield et al., 2002). Existen estudos que teñen sinalado o interese en

monitorizar a influencia do gradiente económico do individuo ao longo da súa vida. Un exemplo é o estudo lonxitudinal de Bowes, que revelou que as persoas que perderan recursos económicos desde a infancia duplicaban o risco de consumir tabaco e cannabis, con respecto ás persoas cunha traxectoria económica máis estábel ou con tendencia á alza (Bowes et al., 2013). Nesta liña, a poboación adolescente cunha familia con maior nivel socioeconómico tense relacionado cos comportamento máis saudábeis (Moore e Littlecott, 2015).

Con todo, a medición do nivel socioeconómico en poboación adolescente ten sido obxecto de controversia, debido á dificultade para a súa medición consecuencia das distintas influencias sociais que se dan nesta etapa (Currie et al., 2008). Deste xeito, puido ter acoutado o coñecemento de tales desigualdades, xunto coa aparición de diferenzas en canto á temporalidade e o contexto observado.

Nesta liña existen propostas como a escala *Fammily Affluence Scale* (FAS), unha escala validada que ten demostrado a súa efectividade, aínda con certas limitacións a longo prazo, como a necesidade de readaptarse aos cambios nos patróns de consumo (Currie et al., 2008). En definitiva, como indica Font-Ribera segue sendo preciso estandarizar indicadores e crear unha metodoloxía máis homoxénea para a medición de Desigualdades en Saúde en poboación adolescente (Font-Ribera et al., 2014).

1.2 DESIGUALDADES SOCIAIS EN SAÚDE NA ADOLESCENCIA: O CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Actualmente, aínda que semella ter diminuído o consumo de todas as drogas, a porcentaxe de mocidade do Estado español de entre 14 e 18 anos que probaron algunha vez o alcol ascende a 78.9%, o

tabaco 38,4% e o cannabis 29,1% (Plan Nacional Sobre Drogas, 2018), prevalencias que continúan sendo preocupantes.

O consumo das substancias psicoactivas tende a igualarse nos últimos anos entre raparigas e rapaces, mesmo se incrementou entre elas, (Plan Nacional Sobre Drogas, 2016) o que podería explicarse tendo en conta a asunción social dos roles de xénero tradicionais masculinos, como sinónimo de empoderamento da muller (Borrell e Artazcoz, 2008).

Tamén as influencias sociais do grupo de iguais ou amizades, xunto cos diferentes modelos de rol, a familia e a escola poden ter repercusións no consumo de substancias (Giró, 2011; Luengo et al., 2009; Marsiglia et al., 2008).

A literatura ten sinalado o nivel de ingresos como un predictor do consumo de substancias aditivas (Hanson e Chen, 2007), malia que nalgúns estudos aparecen diverxencias segundo a substancia estudada. Así, no último Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), no tocante aos datos para a poboación adolescente do Estado español, as prevalencias de consumo de tabaco eran maiores en adolescentes con menor dispoñibilidade económica familiar, mentres que no caso do alcol, o seu consumo aumentaba coa maior dispoñibilidade económica. No caso do cannabis as prevalencias foron similares (Moreno et al., 2018).

Por outra banda, existen publicacións que sinalaron a maior prevalencia de comportamentos de risco entre a poboación inmigrante (Luengo et al., 2009; Meneses et al., 2013), mentres que outras revelan o efecto protector que algunhas culturas poderían exercer en tales hábitos, condicionado por cuestións culturais ou relixiosas principalmente (Best et al., 2001; Fosados et al., 2007; Marsiglia et al., 2008). De feito, en adolescentes da nosa contorna téñense

atopado maiores prevalencias de consumo entre a poboación autóctona (Obradors-Rial et al., 2014; Teixidó-Compañó et al., 2019).

Estas diferenzas poderían relacionarse coa variedade de criterios utilizados nos estudos que manexan esta variábel, que impiden unha homoxeneidade de medición e unha comparativa máis exacta.

En canto ao territorio tamén se observan diferenzas, en municipios con menos de 10.000 habitantes, atopouse maior risco de *binge drinking* entre o estudantado, que se ve máis influído polo “socialmente aceptado” que en contexto urbano (Obradors-Rial et al., 2014). Este risco tamén era maior para as probabilidades de conducir, tanto coche como moto, baixo os efectos do alcol ou outras drogas (Font-Ribera et al., 2013).

Así, resulta fundamental observar máis alá das variábeis estritamente persoais que interveñen nos adolescentes no consumo de substancias aditivas. Estes datos converten a abordaxe do consumo destas substancias en prioritaria para atallar de maneira precoz os problemas que no futuro se poidan derivar deste uso. Ademais sábese que as expectativas positivas para o consumo de calquera substancia aditiva, xunto coa baixa percepción de risco, se asocian con maiores prevalencias de consumo de tales substancias (Ojeda et al., 2008).

Malia que existan publicacións que sinalan que o consumo experimental precoz na adolescencia de substancias psicoactivas, podería representar un “rito de tránsito” da etapa infantil á adolescente, relacionada cunha maior apertura á procura de información e ao afrontamento de problemas e non se relaciona con problemas comportamentais no futuro (Oliva et al., 2008), son resultados que non pretenden omitir a necesidade de continuar vixiando estes comportamentos, debido ás consecuencias nocivas do consumo intenso na saúde adolescente. Estudos como os de Lucía

Moure teñen atopado asociación entre o inicio precoz no consumo e a maior probabilidade de consumo de risco, neste caso de alcol, no futuro (Moure-Rodríguez et al., 2016).

Malia a amplitude da problemática que representan as elevadas prevalencias de consumos de substancias psicoactivas entre poboación adolescente galega, na actualidade son moi escasas as medidas preventivas relacionadas coa educación para a saúde ou as alternativas de ocio para adolescentes.

Así, a prevención do abuso de substancias aditivas nesta etapa da vida, segue a representar un reto para a Saúde Pública. O impulso do coñecemento e a investigación na área do consumo de substancias adictivas constitúe un punto nodal na Estratexia do Servizo Galego de Saúde, SERGAS 2020 (Servizo Galego de Saúde, 2016). É preciso sumar esforzos de diferentes axentes sociais, en pro de medidas máis efectivas que teñan en conta toda a complexidade desta problemática.

1.3 DESIGUALDADES SOCIAIS EN SAÚDE NA ADOLESCENCIA: ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E *BULLYING*.

A adolescencia constitúe unha etapa de especial vulnerabilidade para saúde mental, que se pode ver influída por unha serie de modificacións físicas e psicolóxicas que atravesará a persoa. Ademais, a sintomatoloxía emocional e do comportamento referida nesta etapa varía en función do xénero e da idade (Ortuño-Sierra et al., 2014).

Durante a adolescencia, procesos emocionais prolongados no tempo como a desesperanza, a tristeza, a soidade ou o nerviosismo definen o estado de ánimo negativo, o cal pode predicir trastornos afectivos maiores (Monteagudo et al., 2013) que terán repercusións tanto na saúde do individuo como no seu entorno social e familiar. Na

última Enquisa Nacional de Saúde, unha de cada dez persoas de 15 anos ou máis declarou ter sido diagnosticada dalgún problema de saúde mental (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Así, un importante número de adolescentes referiu diversa sintomatoloxía emocional e do comportamento. En concreto o 22,6% dunha mostra de estudantes do Estado español referiu nerviosismo e un 10,8% sentiuse triste ou desanimado, existindo diferenzas en canto ao xénero e a idade (Ortuño-Sierra, Fonseca-Pedrero, Paíno, e Aritio-Solana, 2014).

O estado de ánimo negativo e a mala saúde mental na etapa adolescente téñense asociado co *bullying* (Mello et al., 2017; Moore et al., 2017; Singham et al., 2017), fenómeno que se ten definido como o maltrato ou abuso que se dá en contexto escolar entre estudantes. Nesta liña, a poboación adolescente escolarizada no Estado español que sufriu *bullying* presenta peores puntuacións na escala de saúde mental *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (García-Contiente, Pérez-Giménez, Espelt, e Nebot Adell, 2013; Mangot-Sala et al., 2018). No Estado español existiu unha tendencia estábel nos últimos anos, un 4,3% de estudantes de 13 a 16 anos referiron ter sufrido *bullying* (Sánchez-Queija, García-Moya, e Moreno, 2017).

Por tanto, malia que a dirección da causalidade non é clara, existe literatura que ten relacionado o estado de ánimo negativo, con ter sufrido *bullying* (Ahonen et al., 2007; Livingston et al., 2018) e mesmo co consumo de substancias psicoactivas, que se ten formulado como unha “ferramenta” para atenuar ese baixo estado anímico que se deriva do *bullying* (Gaete et al., 2017). Na mesma liña, algunhas pescudas teñen defendido que a implementación de medidas para reducir o *bullying* no contexto escolar, traducirase nunha mellora da saúde adolescente (Bond et al., 2001).

Diferentes estudos reportaron tamén relación entre o consumo de substancias psicoactivas e a mala saúde mental, existindo maior evidencia no caso do cannabis (Fonseca-Pedrero, Ortuño-Sierra, Paino, e Muñiz, 2016; Mangot-Sala et al., 2018). Atendendo ao seu uso, mesmo podería aumentar o risco de tentativa suicida nesta poboación (Carvalho et al., 2018).

Polo tanto, o *bullying* e o consumo de substancias poderían estar asociados co estado anímico durante a adolescencia (Gaete et al., 2017; Garcia-Continente et al., 2013; Monteagudo et al., 2013; S. E. Moore et al., 2017). Neste senso, existen estudos que encontraron unha relación entre *bullying* e consumo de substancias, con problemas de ansiedade, baixa autoestima, tendencias depresivas ou ideación suicida na poboación adolescente (Moore et al., 2017), así como co estado de ánimo negativo (Ahonen, Nebot, e Giménez, 2007).

Até onde coñecemos, non existen estudos que analicen a posíbel interrelación entre o consumo de substancias psicoactivas, o *bullying* e o estado de ánimo negativo en poboacións pequenas. Por este motivo, resulta de interese coñecer esta relación nunha poboación multicultural de menos de 10.000 habitantes, na que conviven máis de medio centenar de nacionalidades.

1.4 DIFERENZAS CONTEXTUAIS: O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E O BULLYING.

As condicións socioeconómicas tanto individuais como contextuais das persoas inflúen nos seus hábitos de vida e na súa saúde, producindo desigualdades sociais en saúde (Borrell et al., 2013, 2014; Cummins et al., 2007). As desigualdades sociais en saúde relacionadas co contexto resultan difíciles de estudar debido a que o

marco conceptual de partida, a heteroxeneidade da metodoloxía utilizada (Curtis e Rees Jones, 1998; Ocaña-Riola e Sánchez-Cantalejo, 2005), e a variedade de índices e indicadores (Domínguez-Berjon et al., 2006; Domínguez-Berjón et al., 2001), condicionan a interpretación dos resultados obtidos.

No Estado español e no caso das persoas adolescentes, estas desigualdades sociais en saúde foron aínda pouco estudadas e revélase a complexidade do seu estudo así como a variedade de indicadores e escalas que utilizaron na literatura até o momento (Font-Ribera et al., 2014; Moreno-Maldonado, Moreno, e Rivera, 2017; Obradors-Rial, Ariza, Rajmil, e Muntaner, 2018).

Extrapolar que as condicións contextuais que afectan á saúde ou aos comportamentos de saúde dunha determinada poboación poden afectar da mesma maneira á saúde ou as conductas en saúde doutra poboación con características similares, podería levar a importantes sesgos debido á complexidade que isto supón. Esta cuestión podería ser especialmente importante en municipios pequenos (Karriker-Jaffe, 2011).

Nestes municipios, ademais dos factores socioeconómicos propios, outros factores como a renda familiar, ou o acceso a servizos sociais e de saúde, as opcións de transporte público e de lecer (Donath et al., 2011; Font-Ribera et al., 2013), ou a densidade demográfica, poderían ter un papel relevante á hora de explicar estas variabeis relacionadas coa saúde nas persoas adolescentes (Elliott e Wartenberg, 2004; Villalonga-Olives et al., 2013).

No Estado español e en Europa, a maior parte da investigación sobre a influencia do contexto na saúde centrouse en estudar as diferenzas na mortalidade e comorbilidade en municipios de grande tamaño (Borrell et al., 2013; Bosque-Prous et al., 2017; Domínguez-

Berjon et al., 2006; Gotsens et al., 2011; Villalonga-Olives et al., 2013). No entanto, malia que existen algúns estudos que puxeron o foco en estimar as diferenzas entre poboacións rurais e urbanas (Font-Ribera et al., 2013; Jiang et al., 2008; Koutra et al., 2012; Obradors-Rial et al., 2014, 2018, 2019), non se atoparon estudos que comparen as diferenzas en saúde ou de comportamentos en saúde entre municipios pequenos no Estado español.

Ademais son escasos os estudos realizados no noso medio dirixidos a indagar nas desigualdades en saúde entre adolescentes que teñan considerado os diferentes grupos étnicos ou as diferenzas culturais, (Font-Ribera et al., 2014; Giró, 2011; Marsiglia et al., 2008; C. Meneses et al., 2009; Meneses et al., 2013), aínda cando resulta esencial comprender e coñecer estas diverxencias con vontade de incrementar a nosa capacidade de desenvolvemento de estratexias preventivas nestes subgrupos (Meneses et al., 2009). A dimensión da migración non pode entenderse con independencia da clase social e o xénero (Borrell e Artazcoz, 2008; Malmusi et al., 2010) e esta realidade reflicte a necesidade de coñecer tales comportamentos de risco en adolescentes inmigrantes.

Atendendo ao actual contexto económico, aos cambios na estrutura familiar e social ou os fluxos migratorios, faise patente o interese do estudo interrelacionado de desigualdades, emigración e desenvolvemento adolescente nesta nova realidade dado que son elementos que repercuten de maneira importante na saúde da mocidade (Bachman et al., 2011; Blum et al., 2000; Vega et al., 2012). A análise de patróns de consumo en adolescentes permítenos identificar aos individuos máis vulnerábeis (Caravaca Sánchez et al., 2016; Luengo et al., 2009) de xeito que poidamos pór en marcha plans preventivos eficaces.

2. OBJECTIVOS





2 OBXECTIVOS

- 2.1. Determinar o efecto da procedencia e as desigualdades sociais sobre o consumo de alcol, tabaco e cannabis en adolescentes no contexto multicultural de Burela.
- 2.2. Analizar a asociación entre o consumo de substancias psicoactivas, o *bullying* e o estado de ánimo negativo en adolescentes no contexto multicultural de Burela.
- 2.3. Coñecer as diferenzas no consumo de substancias psicoactivas, o estado de ánimo negativo e o *bullying*, entre adolescentes de Burela e de cinco poboacións de Catalunya Central, con características socioeconómicas e número de habitantes similares.



3. MÉTODOS





3 MÉTODOS

3.1 ACHEGAMENTO AO CAMPO DE ESTUDO

Para conseguir unha primeira perspectiva do contexto de interese, foi precisa unha achega inicial ao mesmo. Antes de procurar a resposta dos cuestionarios por parte do estudantado, realizamos entrevistas persoais a diferentes profesionais implicadas na dinámica cotiá de Burela. Deste xeito recollimos testemuñas desde diversos eidos, como a Educación Social, a Enfermaría, a Farmacia ou a Medicina. Tamén tivemos a oportunidade de interesarnos polas opinións, vivencias e percepcións do profesorado dos IES Monte Castelo e O Perdouro, de Burela, e tamén polas do estudantado da aula de agrupamento de alumnado inmigrante que naquela altura permanecía en activo no IES Perdouro.

3.2 DESEÑO E POBOACIÓN DO ESTUDO

Desenvolveuse un estudo transversal ou de prevalencia entre estudantes de 2º, 3º e 4º da ESO, de 14 a 18 anos dos dous institutos de Burela: IES O Perdouro e IES Monte Castelo. A totalidade do estudantado destes cursos de ESO foi recrutada para o estudo (n=262).

3.3 RECOLLIDA DE DATOS

A recollida de datos realizouse utilizando os cuestionarios FRESC (Factors de Risc en Estudiants de SeCundária) (Pérez et al., 2013),

deseñados pola Agència de Salut Pública de Barcelona para coñecer os comportamentos de risco emerxentes en estudantado da ESO. Os principais indicadores que se recollen no mesmo son tales coma: variábeis sociodemográficas, consumo de substancias adictivas, saúde e estado de ánimo, tempo libre ou sexualidade. Incluíronse dous modelos do cuestionario: un de 2º da ESO (13-14) anos e outro para 4º de ESO (15-16) anos, que se diferenzan nalgúñas preguntas sobre o consumo de substancias adictivas, a mobilidade ou as cuestións relacionadas coa sexualidade.

Para acceder á nosa poboación contactouse coa Dirección e o servizo de Orientación dos centros educativos, ademais de contar coa pertinente autorización das persoas proxenitoras ou titoras. Os datos foron recollidos nas aulas en horario lectivo e en presenza de persoal docente e unha persoa da equipa investigadora durante Decembro do ano 2015.

O cuestionario foi anónimo e autocumplimentado, polo que en todo momento se garantiu a confidencialidade dos datos. Ademais do cuestionario FRESC, incluíuse o cuestionario KIDMED (Serra-Majem et al., 2004), creado de maneira específica para a avaliación dos hábitos dietéticos na nenez e na adolescencia.

3.4 OBXECTIVO: DETERMINAR O EFECTO DA PROCEDENCIA E AS DESIGUALDADES SOCIAIS SOBRE O CONSUMO DE ALCOL, TABACO E CANNABIS EN ADOLESCENTES NO CONTEXTO MULTICULTURAL DE BURELA:

3.4.1 Variábeis dependentes

Expectativas en relación ao consumo de alcol. Esta variábel mediuse a través da pregunta: "Pensas que o alcol fai máis divertidas as festas? Totalmente de acordo/ Bastante de acordo/ Bastante en desacordo/ Totalmente en desacordo". A variábel foi recodificada en dúas categorías: totalmente ou bastante de acordo e totalmente ou bastante en desacordo.

Ter probado o alcol. Esta variábel foi medida mediante a pregunta: "Bebiche algunha vez medio vaso dunha bebida alcólica? Non, nunca/ Si, algunha vez/ Si, nos últimos 12 meses/ Si, nos últimos 6 meses/ Si, nos últimos 30 días". A variábel foi recodificada en dúas categorías (Non vs. Si).

Consumo intensivo de alcol. A variábel mediuse a través da pregunta: "Tomaches algunha vez máis de 4 bebidas alcólicas nunha única ocasión? (Considerando ocasión= 4 horas aproximadamente) Non, nunca/ Si, algunha vez/ Si, nos últimos 12 meses/ Si, nos últimos 6 meses/ Si, no último mes". A variábel foi recodificada en dúas categorías (Non vs. Si).

Terse embebedado. Esta variábel foi medida mediante a pregunta: "Embebedácheste algunha vez? Non, nunca/ Si, algunha vez/ Si, nos últimos 12 meses/ Si, nos últimos 6 meses/ Si, no último mes". A variábel foi recodificada en dúas categorías. (Non vs. Si).

Ter mercado algunha bebida alcólica. Variábel dicotómica. Mediuse mediante a pregunta: “Mercaches algunha vez unha bebida alcólica para ti? Si/ Non”. A variábel foi recodificada en dúas categorías (Non vs. Si).

Ter fumado tabaco algunha vez. Variábel dicotómica medida mediante a pregunta: “Fumaches algunha vez? Si/Non”.

Ter consumido marihuana. Variábel medida mediante a pregunta: “Probaches algunha vez a marihuana? Non, nunca/ Si, algunha vez na vida/ Si, nos últimos 12 meses/ Si, nos últimos 30 días”. A variábel foi dicotomizada (Non vs. Si).

3.4.2 Variábeis independentes

Procedencia. A condición de persoa autóctona ou inmigrante, foi determinada en función da nacionalidade dos proxenitores. Foron considerados inmigrantes as persoas participantes con ambos proxenitores nados fóra do Estado español.

Diñeiro dispoñíbel semanal. Preguntouse aos estudantes sobre o diñeiro dispoñíbel semanalmente mediante a pregunta: “De cantos euros dispós á semana para os teus gastos pessoais?” As cantidades foron recodificadas en tres categorías: menos de 10 €; entre 10 e 20 €; e máis de 20 €.

Ademais tamén se mediu a idade e mailo sexo das persoas participantes.

3.4.3 Análise estatística

Para a análise descritiva calculáronse as proporcións e medias. O estudo das asociacións realizouse con regresión loxística. Xeráronse modelos teóricos máximos que incluíron todas as variábeis

independentes. A partir deles calculáronse os modelos finais, nos que se incluíron todas as variabeis significativas e aquelas non significativas cando a súa exclusión modificara os coeficientes das restantes variabeis máis dun 10% (variabeis confusoras). Non se imputaron os valores perdidos na análise, xa que eran menores do 5% para todas as variabeis estudadas. As análises realizáronse co paquete estatístico SPSS v22. Por último, o cálculo de proporcións completouse mediante o uso do programa estatístico EPIDAT 3.1 xunto co paquete de análises estatísticas R.

3.5 OBXECTIVO: ANALIZAR A ASOCIACIÓN ENTRE O CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS, O *BULLYING* E O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO EN ADOLESCENTES NO CONTEXTO MULTICULTURAL DE BURELA.

3.5.1 Variábel dependente

Estado de ánimo negativo.

O estado de ánimo negativo mediuse a partir dos seguintes ítems: que a persoa participante se sentise moi cansa para facer cousas; que tivera problemas para quedar durmida; espertar antes da hora; sentirse desprazada; sentirse triste ou deprimida; sentirse desesperanzada de cara ao futuro; sentirse nerviosa ou en tensión e sentirse aburrida das cousas. As respostas ordenáronse nunha escala Likert de 5 puntos, desde 0 = nunca, até 4 = sempre. A variábel foi dicotomizada: “nunca”, “case nunca” ou “ás veces” tomaron o valor 0; mentres que “frecuentemente” e “sempre” tomaron o valor 1. As persoas participantes que contestaron “frecuentemente” ou “sempre” polo menos en tres dos ítems, foron clasificadas con estado de ánimo negativo (Ahonen et al., 2007).

3.5.2 Variábeis independentes

Como variábeis independentes consideráronse aquelas referidas ao consumo de substancias, á percepción de perigosidade do consumo das mesmas e máis ao *bullying*.

Respecto ao consumo de substancias psicoactivas tivéronse en conta:

Consumo de alcol: o *binge drinking*, definido como ter tomado algunha vez catro ou máis bebidas alcólicas na mesma ocasión.

Consumo de tabaco: ter fumado tabaco algunha vez na vida.

Consumo de cannabis: considerándose ter probado o consumo de cannabis algunha vez na vida.

A baixa percepción de perigosidade tense asociado de forma positiva co consumo de drogas (Ojeda et al., 2008), polo que se estimou a proporción de adolescentes que consideraron moi perigosos o consumo de alcol, tabaco e cannabis.

En canto á variábel relacionada co *bullying* consideráronse tres ítems para a súa construción: ríronse de ti ou insultáronte na escola ou de camiño a ela?; golpeáronte, atacáronte ou ameazáronte na escola ou de camiño a ela?; marxínante ás veces as túas compañeiras ou os teus compañeiros? As tres preguntas ofrecían cinco posíbeis respostas: Nunca; unha vez; dúas veces; tres veces; ou máis de tres veces. Considerouse que as persoas sufrían na actualidade ou tiveran sufrido *bullying* ao responder como mínimo a unha destas preguntas “tres veces” ou “máis de tres veces” ou ter contestado unha vez ou máis nos tres ítems nos últimos doce meses (García-Contente et al., 2013).

Ademais seleccionáronse como potenciais variábeis confusoras as seguintes:

Nivel académico autorreferido. Variábel medida coa pregunta: “En relación ás compañeiras e compañeiros da túa aula, en que nivel académico dirías que te atopas?”.

Procedencia. A condición de persoa autóctona ou inmigrante, foi determinada en función da nacionalidade dos proxenitores. Foron considerados inmigrantes estudantes con ambos proxenitores nados fóra do Estado español.

Family Affluence Scale (FAS): (Currie et al., 2008), unha escala amplamente utilizada para medir o nivel socioeconómico en poboación adolescente (Obradors-Rial et al., 2018). Preguntouse se a súa familia tiña coche, ou furgoneta, se dispoñían de habitación propia, cantos ordenadores tiñan e o número de veces que foran de vacacións no último ano coa súa familia. Sumáronse as respostas ás preguntas e clasificáronse en: FAS baixa se a puntuación era de 0 a 3, nivel socioeconómico baixo, FAS media se era de 4-5, nivel socioeconómico medio e FAS alta situabase entre 6 e 7, nivel socioeconómico alto.

3.5.3 Análise estatística

Realizouse unha análise estatística descritiva para o global da mostra e desglosada de acordo coa presenza/ausencia do estado de ánimo negativo. Calculáronse as prevalencias de estado de ánimo negativo para cada unha das variábeis independentes. Para a análise da asociación entre as variábeis independentes e o estado de ánimo negativo, estimáronse modelos de regresión de Poisson univariados e multivariados con varianza robusta, obtendo Razóns de Prevalencia (RP) cos seus respectivos Intervalos de Confianza ao 95% (IC95%) (A Espelt et al., 2017) porcentaxe de valores perdidos oscilaba desde 0,42% para a variábel de estado de ánimo negativo até 2,5% para a variábel de consumo de cannabis. As análises foron realizadas co paquete estatístico STATA 15.0.

3.6 OBXECTIVO: COÑECER AS DIFERENZAS NO CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E O *BULLYING* EN ADOLESCENTES DE CINCO POBLACIÓNS DE TAMAÑO PEQUENO, CON CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS SIMILARES, DE BURELA (GALIZA) E CATALUNYA.

3.6.1 Variábel independente

A principal variábel independente foi o *municipio de residencia* do estudantado, estudáronse os catro de Catalunya: Centelles, Torelló, Sant Joan de Vilatorrada e Sant Fruitós de Bages, por separado e agrupados, para comparalos co municipio de Burela.

3.6.2 Variábeis dependentes

No referente ás variábeis relacionadas co consumo de substancias utilizouse o *consumo experimental de alcol, tabaco e cannabis experimental*. Mediuse a *experimentación* con estas substancias psicoactivas algunha vez na vida. As tres variábeis foron dicotómicas: si vs non. Tamén se mediu a *percepción de perigosidade do consumo de cannabis*, estimando a proporción de adolescentes que o consideraban moi perigoso respecto ao total.

No referente á variábel relacionada co *bullying*, consideráronse tres ítems para a construción da variábel: Ríronse de ti ou insultáronte na escola ou de camiño a ela?; golpeáronte, atácaronte ou ameazáronte na escola ou de camiño a ela?; Ás veces marxínante os teus compañeiros ou compañeiras? As tres preguntas ofrecían cinco posíbeis respostas: Nunca/ unha vez/ dúas veces/ tres veces/ máis de tres veces. Considerouse que os adolescentes sufrían ou sufriran *bullying* ao responder como mínimo a unha destas preguntas “tres

vezes ou máis” ou ter respostado polo menos unha vez nos tres ítems nos últimos doce meses (Garcia-Continente et al., 2013).

Para medir a saúde mental adolescente utilizouse a variábel *estado de ánimo negativo*. Considerándose os seguintes ítems: sentirse moi canso/a para facer cousas; ter problemas para adormecer; espertar antes da hora; sentirse desprazado/a, sentirse triste ou deprimido/a; sentirse desesperanzado/a cara ao futuro; sentirse nervioso/a en tensión e sentirse aborrecido/a das cousas. As respostas ordenáronse nunha escala Likert desde 0 = nunca até 4 = sempre.

A continuación, dicotomizáronse: onde “nunca”, “case nunca” ou “ás veces” tomaron valor 0; mentras que “a miúdo” e “sempre” tomaron valor 1. As persoas que respostaran “sempre” ou “a miúdo” polo menos en tres dos ítems, foron clasificadas con estado de ánimo negativo (Ahonen et al., 2007).

Outras variábeis utilizadas foron:

Diñeiro dispoñíbel semanal: clasificouse en dous grupos ao estudantado, segundo dispuxera de 10 euros ou menos, fronte a quen dispuxese de máis de 10 euros semanais para os seus gastos propios.

Family Affluence Scale (FAS) (Currie et al., 2008), unha escala amplamente utilizada para medir o nivel socioeconómico en poboación adolescente.

3.6.3 Análise estatística

Realizouse unha análise estatística descritiva para o global da mostra de estudo e separada para adolescentes de Galiza e Catalunya. Calculáronse as prevalencias das distintas variábeis separando os resultados de Burela e os catro municipios cataláns de forma

individual e en conxunto. Para analizar a asociación entre variábeis de ambas mostras estimáronse modelos de regresión de Poisson univariados e multivariados con varianza robusta, obtendo Razóns de Prevalencia (RP) cos seus respectivos Intervalos de Confianza ao 95% (IC95%) (Espelt et al., 2017). Non se imputaron os valores perdidos na análise, posto que eran menores do 5% para todas as variábeis estudadas. As análises foron realizadas co paquete estatístico STATA 15.0.



4. RESULTADOS





4 RESULTADOS

4.1 CONSUMO DE ALCOL, TABACO E CANNABIS EN ADOLESCENTES.

A participación no estudo acadou o 91% (n=238), das cales son persoas inmigrantes 51 e autóctonas 187. A mostra estaba conformada por un total de 111 raparigas e 127 rapaces. A Táboa 5 presenta as principais características da poboación participante no estudo. Na Táboa 6 amósanse as expectativas e o consumo de alcol, tabaco e cannabis desta poboación en función da procedencia e na Táboa 7 en canto ao sexo referido.

Táboa 5. Descrición da mostra de poboación adolescente de 13 a 16 anos. Burela, 2015.

Variabeis	Total (n=238) Porcentaxe [IC95%]
Procedencia	
Poboación inmigrante	21,4 [16,4 - 26,6]
Sexo	
Raparigas	46,6 [40,3 - 53,3]
Idade	
≤13 anos	23,5 [16,8 - 30,3]
14 anos	27,7 [21,0 - 34,5]
≥15 anos	48,7 [42,0 - 55,5]
Media	14,9 [14,8 - 15,1]
Dispoñibilidade económica semanal	
≤10 euros	55,0 [48,7 - 61,6]
10-20 euros	23,1 [16,8 - 29,7]
≥20 euros	16,8 [10,5 - 23,4]
Media	16,3 [13,8 - 18,9]

Táboa 6. Expectativas e consumo de alcol, tabaco e cannabis en poboación adolescente de 13 a 16 anos en función da procedencia. Burela, 2015.

	Total n=238)	Poboación autóctona (n=187)	Poboación inmigrante (n=51)	p-valor
Porcentaxe / Media				
Consideran que o alcol fai máis divertidas as festas.	34,5	32,6	43,1	0,163
Mercaron algunha vez unha bebida alcólica para si.	28,8	33,7	14,7	0,035
Beberon algunha vez medio vaso dunha bebida alcólica.	56,3	53,5	68,6	0,054
Tomaron algunha vez máis de 4 bebidas alcólicas nunha única ocasión.	32,0	32,3	31,4	0,929
Embebedáronse algunha vez.	24,1	21,4	31,4	0,235
Fumaron tabaco algunha vez.	10,5	9,7	14,6	0,333
Probaron algunha vez o cannabis.	4,3	4,9	2,0	0,364

Táboa 7. Opinións e hábitos de acordo ao sexo referido pola poboación adolescente de 13 a 16 anos. Burela, 2015.

	Porcentaxe		p-valor
	Raparigas n=46,6	Rapaces n=53,4	
Consideran que o alcol fai máis divertidas as festas	39,0	61,0	0,080
Mercaron algunha bebida alcólica para si.	52,6	47,4	0,701
Beberon medio vaso dalgunha bebida alcólica.	49,3	50,7	0,080
Beberon máis de catro bebidas alcólicas nunha única ocasión.	28,1	35,9	0,344
Embebedáronse algunha vez.	46,9	53,1	0,795
Fumaron tabaco algunha vez.	48,0	52,0	0,933
Probaron cannabis nalgunha ocasión.	3,6	4,9	0,631

4. RESULTADOS

Táboa 8. Influencia das características de poboación adolescente de 13 a 16 anos sobre as expectativas e prácticas de consumo de alcol, tabaco e cannabis. Burela, 2015.

Variabeis explicativas	Odds Ratio (Intervalo de Confianza do 95%)					
	Considerar que o alcol fai as festas divertidas	Ter mercado alcol	Ter bebido medio vaso	Terse embebedado	Ter tomado máis de 4 bebidas nunha ocasión	Ter fumado tabaco
Sexo						
Raparigas	1					
Rapaces	1,83 (1,04 - 3,22)					
Procedencia						
Inmigrante		1				
Autóctona		2,95 (1,04 - 8,31)				
Idade						
13 anos	1		1			1
14 anos	1,21 (0,53 - 2,77)		2,27 (1,31 - 5,01)			4,43 (0,50 - 39,08)
15 anos	2,54 (1,23 - 5,26)		8,61 (3,96 - 18,71)			11,03 (1,43 -84,73)
Díñeiro dipoñíbel semanal						
<10 euro			1	1	1	1
10-20 euros			0,84 (0,41 - 1,70)	6,45 (2,31 - 18,07)	3,35 (1,34 - 8,38)	15,30 (1,80 - 130,43)
20>			3,01 (1,16 - 7,79)	3,07 (1,08 - 8,73)	1,10 (0,42 - 2,86)	10,42 (1,05 - 103,21)

* Axustado por todas as variabeis incluídas na columna.

En relación ás expectativas sobre o consumo de alcol, a análise multivariante indica que ser rapaz [OR=1,83; IC95%: 1,04-3,22] e a maior idade [OR=2,54; IC95%: 1,23-5,26] se asocian a un maior risco de considerar que o alcol fai máis divertidas as festas (Táboa 8). A variábel idade tamén se amosou asociada á proporción de alumnos de 13, 14 e 15 ou máis anos que probaron alcol algunha vez foi do 27,3%, 47,7% e o 75,9% respectivamente.

Cabe sinalar que un total de 33,7% de poboación adolescente autóctona, fronte un 14,7% de adolescentes inmigrantes, mercaran algunha bebida alcólica ($p=0,035$) (Táboa 6), de maneira que a posibilidade de mercar alcol foi maior entre poboación adolescente autóctona [OR=2,95; IC95%: 1,04-8,31] (Táboa 8).

A dispoñibilidade económica amosou asociación con todas as variábeis estudadas. Así, dispor de máis de 10€ á semana incrementou o risco de consumir máis de 4 bebidas alcólicas nunha única ocasión [OR=3,35; IC95%:1,34-8,38] así como de embebedarse [OR=6,45; IC95%:2,31-18,07]. Ademais, a poboación adolescente con diñeiro de peto superior a 20€ presentou a maior probabilidade de ter probado alcol [OR=3,01; IC95%:1,16-7,79] do mesmo xeito que quen es tiñan 15 anos ou máis [OR=8,61; IC95%:3,96-18,71] (Táboa 8).

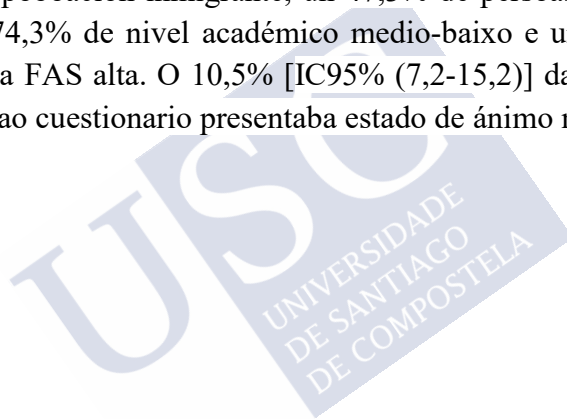
A proporción de adolescentes que probaron o tabaco acadou o 1,8%, 7,6% e 17% en estudantes de 13, 14 e 15 ou máis anos respectivamente, sendo o risco para estes últimos 11 veces superior [OR=11,03; IC95%:1,43-84,73] (Táboa 8).

Por último, en relación ao uso do cannabis, a proporción de adolescentes que probaron esta substancia ascende do 0% aos 13 ao 7% aos 15 anos. Da mesma maneira que acontece coas restantes variábeis dependentes consideradas, a maior dispoñibilidade de diñeiro aumenta significativamente o risco de ter probado o cannabis

[OR=15,3; IC95%:1,80-130,43] (Táboa 8). As variábeis sexo e a condición de inmigrante non amosaron relación co consumo de ningunha das tres substancias consideradas.

4.2 O CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E O *BULLYING*.

Na Táboa 9 preséntanse as características da mostra, segundo o estado anímico. A mostra conformárona un 46,8% de raparigas, un 20,7% de poboación inmigrante, un 47,3% de persoas de 15 ou máis anos, un 74,3% de nivel académico medio-baixo e un 39,6% referiu atoparse na FAS alta. O 10,5% [IC95% (7,2-15,2)] da poboación que respostou ao cuestionario presentaba estado de ánimo negativo.



Táboa 9. Características sociodemográficas segundo o estado de ánimo en adolescentes de 13 a 16 anos. Burela, 2015.

	Estado de ánimo negativo		Estado de ánimo non negativo		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Rapariga	15	60	96	45,3	111	46,8	0,136
Rapaz	10	40	116	54,7	126	53,2	
Procedencia							
Autóctona	20	80	168	79,2	188	79,3	0,930
Inmigrante	5	20	44	20,8	49	20,7	
Idade							
<15 anos	10	40	115	54,2	125	52,7	0,177
>=15 anos	15	60	97	45,8	112	47,3	
Nivel académico autorreferido							
Baixo-Medio	21	84	155	73,1	176	74,3	0,239
Alto	4	16	57	26,9	61	25,7	
FAS							
Baixa	4	16	42	20,3	46	19,8	0,843
Media	10	40	84	40,6	94	40,5	
Alta	11	44	81	39,1	92	39,6	
Ter probado o alcol							
Si	5	20	36	17,0	41	17,3	0,706
Non	20	80	176	83,0	196	82,7	

4. RESULTADOS

	Estado de ánimo negativo		Estado de ánimo non negativo		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Ter probado o tabaco							
Si	5	20,8	20	9,6	25	10,8	0,093
Non	19	79,2	188	90,4	207	89,2	
Ter probado o cannabis							
Si	3	12,5	7	3,4	10	4,3	0,038
Non	21	87,5	200	96,6	221	95,7	
Percepción perigo alcol							
Moderado ou nada perigoso	18	72	168	79,3	186	78,5	0,404
Moi perigoso	7	28	44	20,7	51	21,5	
Percepción perigo tabaco							
Moderado ou nada perigoso	16	66,7	133	64,3	154	65,3	0,878
Moi perigoso	8	33,3	74	35,7	82	34,7	
Percepción perigo cannabis							
Moderado ou nada perigoso	8	32	28	13,4	36	15,4	0,015
Moi perigoso	17	68	181	86,6	198	84,6	
Ter sufrido <i>Bullying</i>							
Si	10	40	19	9,0	29	12,2	0,000
Non	15	60	193	91,0	208	87,8	

A prevalencia de estado de ánimo negativo variou en función das distintas variábeis independentes (Táboa 10), así nas raparigas foi do 13,5% [IC95% (8,3-21,3)], mentres que nos rapaces foi do 7,9% [IC95% (4,2-14,2)]. Ademais, foi lixeiramente superior nas persoas que consumían substancias aditivas. Entre adolescentes que practicasen *binge drinking*, a prevalencia de estado de ánimo negativo foi do 12,2% [IC95% (5,1-26,4)] fronte ao 10,2% [IC95% (6,6-15,3)] entre quenes non o practicaban. Para a poboación adolescente que fumara tabaco algunha vez, a prevalencia de estado anímico acadou o 20% [IC95% (8,4-40,6)] fronte ao 9,7% [IC95% (4,9-18,4)] en quenes non fumaran tabaco.

Finalmente, entre adolescentes que consumiran cannabis nalgunha ocasión, a prevalencia de estado de ánimo negativo ascendeu ao 30% [IC95% (9,3-64,2)] fronte ao 9,5% [IC95% (6,2-14,2)] naquelas persoas que nunca fumaran cannabis. No referente ao *bullying*, a prevalencia deste estado de ánimo tamén foi superior en quenes o sufriran, 34,5% [IC95% (19,3-53,3)], respecto a quenes non o sufriran, 7,2% [IC95%(4,3-11,6)] (Táboa 10).

Na Táboa 10 preséntanse as Razóns de Prevalencia (RP) de estado de ánimo negativo segundo as variábeis independentes, cos seus correspondentes IC95%. Así, o risco de ter estado de ánimo negativo foi maior entre adolescentes que percibían o cannabis como nada ou moderadamente perigoso [$RP_{\text{non axustada}}=2,6$; IC95%(1,2-5,5); $RP_{\text{axustada}}=2,3$; IC95%(1,1-4,9)], entre quenes consumiran esta substancia nalgunha ocasión [$RP_{\text{non axustada}}=3,1$; IC95%(1,1-8,9)], e entre quenes referiron ter sufrido *bullying* [$RP_{\text{non axustada}}=4,8$; IC95%(2,4-9,6); $RP_{\text{axustada}}=4,4$; IC95%(2,2-9,0)] .

Táboa 10. Prevalencias e Razóns de Prevalencia do estado de ánimo negativo en poboación de 13 a 16 anos. Burela, 2015.

	Prevalencia estado de ánimo negativo					
	N	Prevalencia (%)	IC95%	RP _{non axustada}	IC95%	RP _{axustada} IC95%
Sexo						
Rapariga	111	13,5	(8,3-21,3)	1		
Rapaz	126	7,9	(4,2-14,2)	0,6	(0,3-1,2)	
Procedencia						
Autóctona	188	10,6	(6,9-15,9)	1,0	(0,4-2,6)	
Inmigrante	49	10,2	(4,2-22,5)	1		
Idade						
<15	115	8,0	(4,3-14,3)	0,6	(0,3-1,3)	
>=15	97	13,4	(8,2-21,1)	1		
Nivel académico autorreferido						
Baixo-Medio	155	11,9	(7,8-17,7)	1,8	(0,6-5,1)	
Alto	57	6,5	(2,4-16,4)	1		
Family Affluence Scale (FAS)						
Baixa	46	8,7	(3,2-21,3)	1		
Media	94	10,6	(5,8-18,8)			
Alta	92	11,9	(6,7-20,4)	1,16	(0,7-1,9)	
Ter feito binge drinking						
Si	41	12,2	(5,1-26,4)	1,2	(0,5-3,0)	
Non	196	10,2	(6,6-15,3)	1		

	Prevalencia estado de ánimo negativo					
	N	Prevalencia (%)	IC95%	RP _{non axustada}	IC95%	RP _{axustada} IC95%
Ter probado tabaco						
Si	25	20	(8,4-40,6)	2,2	(0,9-5,3)	
Non	207	9,1	(5,9-13,9)	1		
Ter probado cannabis						
Si	10	30	(9,3-64,2)	3,1	(1,1-8,9)	
Non	221	9,5	(6,2-14,2)	1		
Percepción perigo alcol						
Moderado ou nada perigoso	186	9,7	(6,2-14,9)	0,9	(0,4-2,0)	
Moi perigoso	51	13,7	(6,6-26,3)	1		
Percepción perigo tabaco						
Moderado ou nada perigoso	154	10,4	(6,4-16,3)	1,1	(0,5-2,3)	
Moi perigoso	82	9,7	(4,9-18,4)	1		
Percepción perigo cannabis						
Moderado ou nada perigoso	36	22,2	(11,4-38,9)	2,6	(1,2-5,5)	2,3 (1,1-4,9)
Moi perigoso	198	8,6	(5,4-13,4)	1		1
Bullying						
Si	29	34,5	(19,3-53,3)	4,8	(2,4-9,6)	4,4 (2,2-9,0)
Non	208	7,2	(4,3-11,6)	1		1

*Análise axustada por todas as variabeis da columna.

En canto ao resto de variábeis de consumo analizadas, non se observou ningunha asociación estatisticamente significativa, nin na análise bivariada nin na multivariada; aínda cando as estimacións puntais suxeriron asociacións na mesma dirección que as atopadas para o cannabis.

4.3 INFLUENCIA DO CONTEXTO O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E O BULLYING.

Na Táboa 11 preséntanse as características sociodemográficas da mostra final constituída por 264 adolescentes de Galiza e de Catalunya. A porcentaxe de raparigas foi en ambas poboacións superior ao 50%. A proporción de poboación inmigrante en Burela foi maior que na catalá, cun 23,5% fronte ao 13,5% nos municipios cataláns, malia que esta diferenza non acadou significación estatística.

Tabla 11. Características da mostra. Distintas poboacións de Catalunya Central e Burela (Galiza). (2012-2015).

	Catalunya Central		Burela		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo					
Rapariga	106	54,9	38	53,5	0,839
Rapaz	87	45,1	33	46,5	
Nivel académico autorreferido					
Alto	68	35,2	19	27,1	0,000
Medio	102	52,9	44	62,9	
Baixo	23	11,9	7	0,1	
Procedencia					
Autóctona	166	86,5	52	76,5	0,054
Inmigrante	26	13,5	16	23,5	
Diñeiro dispoñíbel semanal					
<= 10 euros	109	56,5	34	50,8	0,417
> 10 euros	84	43,5	33	49,2	
Nivel socioeconómico (FAS)					
FAS baixa	12	6,2	12	17,2	0,007
FAS media	60	31,1	26	37,1	
FAS alta	121	62,7	32	45,7	
Ter probado alcol					
Si	168	87,1	57	80,3	0,170
Non	25	12,9	14	19,7	
Ter probado tabaco					
Si	119	61,6	13	18,8	0,000
Non	74	38,4	56	81,2	
Ter probado cannabis					
Si	69	35,8	6	8,5	0,000
Non	124	64,2	65	91,5	
Percepción perigo cannabis					
Moderado ou nada peligroso	94	48,7	55	77,5	0,000
Moi perigoso	99	51,3	16	22,5	
Ter sufrido <i>Bullying</i>					
Si	10	5,2	9	12,7	0,037
Non	83	89,3	62	87,3	
Estado de ánimo negativo					
Si	132	68,4	8	11,3	0,000
Non	61	31,6	63	88,7	

En canto ao nivel socioeconómico, ambas poboacións amosan porcentaxes similares en canto ao diñeiro dispoñíbel semanal (Táboa 11). A poboación adolescente catalá obtivo unha maior puntuación na *Family Affluence Scale (FAS)*, que foi alta no 62,7% respecto ao 45,7% de Burela (Táboa 11). Así, adolescentes de Sant Joan de Vilatorrada [$RP_{axustada} = 0,63$ (IC95%: 0,41-0,97)] e Sant Fruitós de Bages [$RP_{axustada} = 0,59$ (IC95%: 0,59-0,99)] obtiveron unha menor probabilidade de reportar unha FAS media-baixa (Táboa 13). Este efecto mantívose na análise dos catro municipios cataláns en conxunto: [$RP_{axustada} = 0,64$ (IC95%: 1,47-3,97)] (Táboa 14).



Tabla 12: Razóns de Prevalencia de variábeis socioeconómicas, consumos de substancias psicoactivas, estado de ánimo negativo e *bullying* en adolescentes de Centelles, Torelló, Sant Joan de Vilatorrada e Sant Fruitós de Bages comparados con adolescentes de Burela.

	Centelles		Torelló		Sant Joan de Vilatorrada		Sant Fruitós de Bages		Burela
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%	Categoría de referencia
Sexo									
Rapaz vs rapariga	1,23	(0,78-1,92)	0,96	(0,60-1,55)	0,97	(0,69-1,35)	0,85	(0,54-1,33)	1
Nivel académico autorreferido									
Bajo vs Medio-Alto	2,86	(1,07-7,59)	2,76	(1,10-6,92)	3,90	(1,85-8,22)	3,49	(1,54-7,87)	1
Procedencia									
Inmigrantes vs Autóctonos	0,20	(0,03-1,44)	0,58	(0,21-1,60)	0,64	(0,34-1,20)	0,61	(0,26-1,43)	1
Diñeiro dispoñíbel semanal									
<= 10 euros vs >10	1,16	(0,74-1,81)	0,98	(0,62-1,53)	0,89	(0,64-1,24)	0,66	(0,40-0,63)	1
Nivel socioeconómico (FAS)									
FAS baixa-media vs FAS alta	0,61	(0,32-1,17)	0,7	(0,42-1,17)	0,7	(0,50-0,97)	0,68	(0,44-1,07)	1
Ter probado o alcol									
Si vs Non	1,24	(1,11-1,40)	1,16	(0,99-1,35)	1,06	(0,92-1,22)	1,01	(0,84-1,22)	1
Ter probado o tabaco									
Si vs Non	3,79	(2,16-6,64)	3,29	(1,87-5,81)	3,18	(1,90-5,34)	3,21	(1,86-5,55)	1
Ter probado o cannabis									
Si vs Non	3,94	(1,48-10,48)	4,9	(2,03-11,82)	4,38	(1,95-9,83)	3,58	(1,47-8,73)	1
Percepción perigo cannabis									
Moderado ou nada perigoso vs Moi perigoso	0,49	(0,28-0,86)	0,67	(0,46-0,97)	0,67	(0,53-0,84)	0,57	(0,40-0,82)	1
Ter sufrido <i>bullying</i>									
Si vs Non	*		0,27	(0,04-2,06)	0,47	(0,18-1,27)	0,55	(0,16-1,93)	1
Estado de ánimo negativo									
Si vs Non	5,49	(2,63-11,46)	6,42	(3,22-12,83)	5,94	(3,05-11,60)	6,4	(3,24-12,63)	1

RP: Razón de Prevalencias

*Non hai mostra suficiente para amosar resultados para este municipio.

O nivel académico autorreferido foi máis desigual entre adolescentes de Catalunya. Así, observouse unha maior probabilidade de reportar un nivel académico máis baixo con respecto aos seus iguais na análise individualizada dos catro municipios cataláns respecto a Burela (Táboas 12 e 13), efecto que se mantén na análise agrupada [$RP_{axustada} = 3,93$ (IC95%: 1,78-8,66)] (Táboa 14).

En canto ao consumo de substancias psicoactivas, a probabilidade de que declararan ter fumado tabaco, duplicouse entre adolescentes cataláns en relación aos seus pares de Burela, tanto na análise individualizada (Táboas 12 e 13), coma na conxunta [$RP_{axustada} = 2,41$ (IC95%: 1,47-3,97)] (Táboa 14). Malia que a percepción de perigo do cannabis foi maior en adolescentes cataláns [$RP_{axustada} = 0,76$ (IC95%: 0,57-0,95)] (Táboa 14), este efecto só se mantivo na análise axustada dos municipios de maneira independente en Sant Fruitós de Bages [$RP_{axustada} = 0,61$ (IC95%: 0,41-0,91)] (Táboa 13).

A poboación adolescente catalá referiu estado de ánimo negativo aproximadamente 5 veces máis que a galega, coa maior RP en Sant Fruitós del Bages con [$RP_{axustada} = 6,44$ (IC95%: 3,24-12,63)]; mentres que os resultados para a variábel *bullying* amosaron un menor risco para a poboación catalá, tanto na análise individual (Táboas 12 e 13) coma na conxunta [$RP_{axustada} = 0,08$ (IC95%: 0,03-0,25)] (Táboa 14).

Tabla 13. Razóns de Prevalencia axustadas de variábeis socioeconómicas, consumos de substancias psicoactivas, estado de ánimo negativo e *bullying* en adolescentes de Centelles, Torelló, Sant Joan de Vilatorrada e Sant Fruitós de Bages, comparados con adolescentes de Burela.

	Centelles		Torelló		Sant Joan Vilatorrada		Sant Fruitós Bages		Burela
	RP _{axustada}	IC95%	RP _{axustada}	IC95%	RP _{axustada}	IC95%	RP _{axustada}	IC95%	Categoría de referencia
Sexo									
Rapaz vs rapariga	1,10	(0,66-1,84)	0,86	(0,50-1,48)	0,84	(0,55-1,28)	0,72	(0,43-1,20)	1
Nivel académico autorreferido									
Baixo vs Medio-Alto	3,15	(1,12-8,87)	3,07	(1,17-8,04)	4,32	(1,93-9,69)	3,96	(1,64-9,55)	1
Procedencia									
Inmigrantes vs Autóctonos	0,30	(0,04-2,16)	0,77	(0,25-2,40)	0,75	(0,33-1,69)	0,70	(0,23-2,80)	1
Diñeiro dispoñíbel semanal									
<= 10 euros vs >10	0,87	(0,54-1,40)	0,68	(0,42-1,11)	0,66	(0,45-0,96)	0,49	(0,29-0,83)	1
Nivel socioeconómico (FAS)									
FAS baixa-media vs FAS alta	0,56	(0,30-1,04)	0,64	(0,36-1,16)	0,63	(0,41-0,97)	0,59	(0,35-0,99)	1
Ter probado o alcol									
Si vs Non	1,02	(0,90-1,16)	0,96	(0,81-1,13)	0,88	(0,75-1,04)	0,84	(0,69-1,02)	1
Ter probado o tabaco									
Si vs Non	2,66	(1,56-4,53)	2,24	(1,31-3,81)	2,36	(1,43-3,91)	2,58	(1,53-4,34)	1
Ter probado o cannabis									
Si vs Non	1,26	(0,51-3,07)	1,75	(0,80-3,83)	1,64	(0,77-3,51)	1,35	(0,60-3,05)	1
Percepción de perigo de uso do cannabis									
Moderado ou nada perigoso vs									
Moi perigoso	0,58	(0,33-1,02)	0,81	(0,54-1,19)	0,75	(0,57-1,01)	0,61	(0,41-0,91)	1
Ter sufrido <i>bullying</i>									
Si vs Non	**		0,05	(0,01-0,38)	0,07	(0,02-0,22)	0,07	(0,02-0,30)	1
Referir estado de ánimo negativo									
Si vs Non	5,27	(2,50-11,12)	6,24	(3,11-12,54)	5,96	(3,05-11,68)	6,44	(3,24-12,83)	1

Análise axustada por todas as variabeis da columna.

**Non hai mostra suficiente para amosar resultados para este municipio.

4. RESULTADOS

Tabla 14: Razóns de Prevalencia e Razóns de Prevalencia axustadas de variábeis socioeconómicas, consumos de substancias psicoactivas, estado de ánimo negativo e *bullying* en adolescentes dos municipios de Catalunya central agrupados, fronte a adolescentes de Burela.

	Catalunya Central		Burela	Catalunya Central		Burela
	RP	IC95%	RP	RPaxustada	IC95%	Categoría de referencia
Sexo						
Rapaz vs rapariga	0,97	(0,72-1,30)	1	0,87	(0,59-1,30)	1
Nivel académico autorreferido						
Baixo vs Medio-Alto	3,52	(1,70-7,31)	1	3,93	(1,78-8,66)	1
Procedencia						
Inmigrantes vs Autóctonos	0,57	(0,33-1,01)	1	0,78	(0,36-1,71)	1
Diñeiro dispoñíbel semanal						
<= 10 euros vs >10	0,88	(0,66-1,18)	1	0,65	(0,46-0,92)	1
Nivel socioeconómico (FAS)						
FAS baixa-media vs FAS alta	0,69	(0,52-0,91)	1	0,64	(0,43-0,93)	1
Ter probado o alcol						
Si vs Non	1,08	(0,95-1,23)	1	0,90	(0,77-1,04)	1
Ter probado o tabaco						
Si vs Non	3,27	(1,98-5,41)	1	2,41	(1,47-3,97)	1
Ter probado o cannabis						
Si vs Non	4,23	(1,91-9,32)	1	1,49	(0,71-3,11)	1
Percepción de perigo de uso de cannabis						
Moderado o nada peligroso vs Moi perigoso	0,63	(0,52-0,76)	1	0,76	(0,57-0,95)	1
Ter sufrido <i>bullying</i>						
Si vs Non	0,41	(0,17-0,96)	1	0,08	(0,03-0,25)	1
Referir estado de ánimo negativo						
Si vs Non	6,07	(3,13-11,75)	1	5,97	(3,05-11,70)	1

*Análise axustada por todas as variabeis da columna.



5. DISCUSIÓN





5 DISCUSIÓN

5.1 CONSUMO DE ALCOL, TABACO E CANNABIS EN ADOLESCENTES.

Os resultados do presente estudo amosan que o consumo de alcol, tabaco e cannabis aumenta coa idade así como coa maior dispoñibilidade económica. Estes datos non amosan asociación entre a condición de inmigrante e o consumo de ningunha das substancias consideradas.

Os resultados obtidos neste estudo amósanse consistentes cos datos obtidos na Enquisa sobre Uso de Drogas en Estudantes de Secundaria (Plan Nacional Sobre Drogas, 2018). Polo tanto, confirman a tendencia de que conforme aumenta a idade, maior é o risco de consumir algunha droga. No entanto, os nosos datos non concordan con outros estudos que amosan unha maior prevalencia e precocidade de consumo en persoas inmigrantes respecto a autóctonas (Luengo et al., 2009; Meneses et al., 2013).

Probabelmente esta inconsistencia poida deberse a dous motivos como: primeiro, ao distinto criterio utilizado á hora de clasificar ás persoas como inmigrantes ou autóctonas - no noso estudo considerouse a nacionalidade e non a etnicidade -; e segundo, ao feito de que estes estudos citados analizaron poboacións de orixe maioritariamente latinoamericana (Luengo et al., 2009; Marsiglia et al., 2008; Meneses et al., 2013; Tortajada Navarro et al., 2008) mentres a nosa poboación inmigrante é maioritariamente caboverdiana.

A literatura ten sinalado a hipótese dun posíbel efecto protector da etnicidade (Best et al., 2001; Fosados et al., 2007; Marsiglia et al., 2004) malia que este parece cumprirse únicamente en certos grupos, como aqueles nos que o peso da relixión, o control paterno (permisividade nos horarios nocturnos, onde é preciso atender á desigualdade de xénero), e a abstinencia dentro da familia puideran actuar como factores protectores (Giró, 2011).

Debemos puntualizar que, ao falar de etnicidade, a literatura tende á autoclasificación das persoas que protagonizan o estudo, aínda que se fan evidentes algunhas limitacións, como no estudo cualitativo de Charro Baena (2015) en que se observan as dúbidas que xorden no estudantado en canto á propia pertenza étnica (Baena, 2014). Ademais faise necesario atender ao proceso de creación de identidades híbridas, construídas desde o contacto na primeira infancia con ambas culturas fronte á asimilación coa consecuente difuminación das diferenzas étnicas (Fosados et al., 2007; Luengo et al., 2009; Marsiglia et al., 2008; Tortajada Navarro et al., 2008).

Sábese que o proceso de aculturación se acentúa nos adolescentes a diferenza das crianzas que conviven na comunidade desde etapas máis temperás do desenvolvemento. As persoas inmigrantes de segunda xeración tenden a imitar os valores dos autóctonos ao ter asimilado os seus valores e costumes (Marsiglia et al., 2004). Algúns autores teñen sinalado o denominado como efecto "*White male*" (Bachman et al., 2011), referíndose ao maior risco destes no consumo de substancias. Daquela, cabe reflexionar sobre o feito de que nos centremos na procura de diferenzas, correndo o risco de construír as nosas intervencións sobre variábeis que non sexan susceptibles de ningunha modificación (Blum et al., 2000; Vega et al., 2012).

Con todo, numerosos estudos inclínanse por apoiar a hipótese de que estas desigualdades non nacen da nacionalidade ou da etnia, senón

que van ser dependentes en maior medida dos recursos económicos das nosas poboacións. De maneira que a ligazón da procedencia á desigualdade ou á inequidade en saúde vai ir da man do seu nivel socioeconómico (Floyd et al., 2010; Malmusi et al., 2010).

En canto ás expectativas sobre o consumo de alcol, os nosos resultados amosaron que o sexo masculino xunto coa maior idade incrementan as expectativas positivas. Estes resultados resultan consistentes co estudo de Meneses et al., (2013) e amósanse coherentes cos roles tradicionais de xénero (Borrell e Artazcoz, 2008; Meneses et al., 2013). É dicir, é evidente a asociación de “ser home” con peores hábitos de vida (Borrell e Artazcoz, 2008; Malmusi et al., 2010). Non obstante recentes estudos amosaron consumos similares entre raparigas e rapaces (Moure-Rodríguez et al., 2016; Plan Nacional Sobre Drogas, 2018). Este efecto pode ser froito de cómo a propia sociedade insiste en entender a igualdade e o empoderamento da muller como a absorción dos roles patriarcais.

En canto á dispoñibilidade económica, os datos obtidos apoian a hipótese de que a maior dispoñibilidade de recursos vai ser determinante para o maior consumo. Así, será o estudantado autóctono o que, tendo máis recursos, presentarán as máis altas prevalencias de consumo de alcol, tabaco e cannabis. Ademais, fixándonos na facilidade de acceso ou adquisición das bebidas alcólicas, serán novamente as persoas autóctonas as que máis alcol mercan. Estes resultados amósanse consistentes cos resultados obtidos no estudo ESTUDES (2016), así coma co estudo de Moure-Rodríguez et al., (2016) desenvolvido entre poboación universitaria na nosa contorna, no que se atopou asociación entre o maior nivel socioeconómico da familia e o maior consumo de alcol dos estudantes (Moure-Rodríguez et al., 2016; Plan Nacional Sobre Drogas, 2018).

Son catro as principais limitacións deste estudo: 1) O feito de que o cuestionario utilizado para a recollida dos datos fose

autocumplimentado na propia aula do instituto puido ter provocado que as respostas dos estudantes se guiaran polo socialmente aceptado, aínda cando se procurou garantir a maior confidencialidade durante o proceso; 2) Na definición de inmigrante non se considerou o tempo de permanencia no país, o que puido ter conducido a unha mala clasificación das persoas e así limitar a identificación da condición de migrante (Monge et al., 2015); 3) A non inclusión do alumnado de Formación Profesional puido ter restado validez aos resultados, malia que esta limitación afecta principalmente aos resultados descritivos e non tanto aos analíticos, xa que non existe base teórica para pensar que as variabeis independentes consideradas poidan presentar distinto efecto neste grupo poboacional e 4) Probabelmente a validez externa do noso estudo quede condicionada pola importante variabilidade na composición e demografía das distintas comunidades multiculturais no noso entorno. Aínda cando non resulte posíbel imaxinarse un universo de referencia, ao noso xuízo, os nosos resultados poderían axudar a interpretar o consumo de alcol, tabaco e cannabis noutras poboacións multiculturais.

5.2 O CONSUMO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS, O ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO, O E O *BULLYING*.

O estado de ánimo negativo tense asociado ao consumo de cannabis, á baixa percepción de risco do consumo desta substancia e ao feito de ter sufrido *bullying*. Os resultados deste estudo suxiren que o 10,5% [(IC95%:7,2-15,2)] de estudantes de educación secundaria de Burela padece estado de ánimo negativo.

Antes de pasar a discutir os resultados hai algunhas limitacións que deberían ser comentadas. En primeiro lugar, o estudo ten un deseño transversal, polo que non permite establecer relacións causais. Ademais, o consumo de alcol, tabaco e cannabis de adolescentes foi

autodeclarado. Non obstante, hai evidencia de que o uso de cuestionarios autodeclarados é un método viábel para medir variábeis de consumo de substancias, por exemplo o consumo de alcol en adolescentes (Engs y Hanson, 1990). Ademais, a anonimidade e o formato individual do cuestionario podería diminuír o sesgo de desexabilidade social inherente ás enquisas.

Para as variábeis *bullying* e estado de ánimo negativo utilizáronse preguntas usadas en distintas investigacións (Ahonen et al., 2007; Garcia-Conte et al., 2010; Garcia-Conte et al., 2013; Mangot-Sala et al., 2018), no entanto, non se coñecen as propiedades psicométricas destas preguntas, polo que non podemos descartar algún sesgo de clasificación.

O tamaño mostral é pequeno e impediu disgregar por sexo, aínda que é preciso destacar que se conseguiu enquisar ao 91% da poboación escolarizada de Burela de 2º, 3º e 4º da ESO. É importante sinalar que as poboacións pequenas foron moi pouco estudadas e o seu coñecemento axudará á mellora das estratexias preventivas e a non xeralizar en van resultados doutras poboacións de maior tamaño.

No noso estudo, un 10,5% de estudantes referiu sufrir estado de ánimo negativo, cifra que resulta consistente cos rangos referidos no noso entorno. Así, atopáronse prevalencias do 16% en estudantes cataláns de 14 e 16 anos (Ahonen et al., 2007) ou do 19% en estudantes de 3º e 4º de ESO (Monteagudo et al., 2013).

No noso estudo, o estado de ánimo negativo asociouse de maneira estatisticamente significativa unicamente co consumo de cannabis e coa percepción de perigosidade do seu consumo. Porén, outros estudos si atoparan relacións estatisticamente significativas co consumo de tabaco ou o *binge drinking* (Julià Cano, Escapa Solanas, Marí-Klose, e Marí-Klose, 2012; Martínez-Hernández, Marí-Klose,

Julia, Escapa, e Marí-Klose, 2012). Isto pode deberse ao tamaño mostral do noso estudo así como aos distintos métodos utilizados na literatura para a medida do consumo de substancias (Degenhardt et al., 2013; Mangot-Sala et al., 2018; Monteagudo et al., 2013; van Gastel et al., 2013). Cabe destacar que a relación causal entre o estado de ánimo negativo e o consumo de substancias non está clara, xa que pode darse en ambos sentidos (Merikangas et al., 1998).

A baixa ou nula percepción de perigosidade do consumo dunha substancia adictiva asóciase ao consumo da mesma (Ojeda et al., 2008; Tortajada Navarro et al., 2008). Neste senso, os resultados deste estudo reforzan esta relación no caso do cannabis, ao terse atopado que a nula ou baixa percepción de perigosidade do consumo desta substancia, tamén se asocia ao estado de ánimo negativo. Isto non debería menosprezarse, dado que converte a percepción de perigosidade nun dobre factor de risco para a saúde do estudantado: o consumo de cannabis xunto co estado de ánimo negativo. Esta asociación, entre a influencia na saúde mental e o consumo de cannabis en adolescentes, tamén foi reportada nun estudo realizado en poboación adolescente escolarizada de Barcelona (Mangot-Sala et al., 2018).

O estado de ánimo negativo asociouse a sufrir *bullying*. Estes resultados son consistentes con outras publicacións (Bond, Carlin, Thomas, Rubin, e Patton, 2001; Gaete et al., 2017; Garcia-Continente et al., 2013; Mangot-Sala et al., 2018; Mello et al., 2017; Monteagudo et al., 2013; Singham et al., 2017). Do mesmo xeito, existen revisións sistemáticas, metaanálises (Carta, Fiandra, Rampazzo, Contu, e Preti, 2015; Moore et al., 2017) e algún estudo lonxitudinal (Bond et al., 2001), que amosan que ter sufrido *bullying* aumenta a ansiedade e a sintomatoloxía depresiva, ou os comportamentos autodestrutivos e o risco de suicidio nesta poboación.

A causalidade entre o *bullying* e o estado de ánimo negativo tampouco está clara, xa que o consumo de substancias podería comportarse como unha variábel intermedia entre sufrir *bullying* e o estado de ánimo negativo (Livingston et al., 2018). Este último estudo, que monitorizou o efecto diario de ter sufrido *bullying* nunha mostra de estudantes norteamericanos, confirmou que o uso de tales substancias constituía unha ferramenta para atenuar o estado de ánimo negativo que provocaba o *bullying* (Livingston et al., 2018).

5.3 INFLUENCIA DO CONTEXTO CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO E BULLYING.

Os resultados do presente estudo suxiren que o estudantado de Burela ten resultados e comportamentos en saúde distintos dos das poboacións catalás, malia estar comparando municipios con condicións socioeconómicas e número de habitantes similares, mentres que as distintas poboacións catalás amosaron resultados e comportamentos en saúde parecidos entre si.

As diferenzas máis destacadas foron as seguintes: 1) O nivel académico referido polo estudantado catalán foi máis desigual que o galego; 2) O consumo experimental de tabaco foi maior no estudantado catalán; 3) O estado de ánimo negativo foi reportado en maior medida por estudantado catalán; e 4) O *bullying* foi máis probábel entre o estudantado de Burela.

A maior prevalencia de consumo de tabaco e de estado de ánimo negativo entre adolescentes cataláns fronte aos seus pares galegos atopada neste estudo, corrobora a relación entre o consumo de tabaco e o baixo estado de ánimo, que xa se sinalara en estudos previos, aínda

que a dirección da causalidade entre o consumo e o estado anímico non se puido establecer (Gonzálvez et al., 2015).

No entanto, nos nosos resultados, a poboación catalá, amosa menor risco de *bullying* aínda referindo un peor estado anímico, o que contradi os resultados encontrados en estudos previos (Mello et al., 2017; Moore et al., 2017; Singham et al., 2017).

As diferenzas que aparecen entre o municipio galego de Burela, fronte aos catro municipios cataláns, poderían deberse á influencia das políticas de saúde a nivel da Comunidade Autónoma nos comportamentos estudados. Existe literatura que ten atopado diferenzas nos plans de saúde entre Galiza e Catalunya (Borrell et al., 2005). Ademais, as modificacións lexislativas nos anos da crise económica no Estado español, reduciron as competencias e recursos nos municipios e poderían ter agravado estas desigualdades territoriais, en especial nos municipios de menor tamaño (López Ruiz et al., 2018).

A administración local podería xogar un papel chave, debido á súa proximidade á cidadanía, que facilita o coñecemento e a intervención na súa realidade (Llorca et al., 2010) e supón unha oportunidade para reducir as desigualdades e mellorar as condicións de vida das poboacións (Chamorro et al., 2016; López Ruiz et al., 2018).

Por outra banda, tamén puideron influir nos presentes resultados os indicadores socioeconómicos utilizados. Para a selección dos municipios, non se mediron indicadores como a taxa de paro ou o gasto sanitario, educativo ou de protección social en cada territorio, senon que se optou por escoller aquelas poboacións semellantes en canto a número de habitantes, porcentaxe de poboación de orixe estranxeira, IRPF, ou distancia á capital (Cabrera-León et al., 2016).

En canto ao nivel socioeconómico reportado polos estudantes, non se mediu o nivel educativo nin o estatus ocupacional dos proxenitores ou tutores (Moreno-Maldonadonado et al., 2017), senón que semediu a *FAS*, que ten amosado mellores taxas de resposta en poboación adolescente, debido ás dificultades que conleva para o estudantado responder a outros indicadores (Obradors-Rial et al., 2018).

É preciso citar tres principais limitacións neste estudo: 1) A comparación dun só municipio galego como Burela, evidencia a necesidade de estudar máis poboacións galegas con características socioeconómicas similares, para confirmar as nosas hipóteses. 2) Dado o deseño transversal do estudo, a validez das conclusións podería estar limitada pola dificultade de diferenzar entre causa e efecto. No entanto, no noso estudo, a estabilidade das variábeis resultado, en concreto das relacionadas coa experimentación co alcol, tabaco e cannabis, permite asegurar resultados similares aos aportados por un deseño lonxitudinal. 3) O feito de ter comparado datos de poboacións estudadas en 2012 fronte a 2015, coas posíbeis diferenzas temporais que puideran aparecer, malia que neste período non aparecen grandes diverxencias nalgúns dos comportamentos estudados nestes territorios (Plan Nacional Sobre Drogas, 2018).

En canto ás fortalezas do estudo: 1) Ao basearse en poboacións pequenas, permítenos medir unha realidade que poucas veces é foco de atención na comunidade científica na nosa contorna, malia que representa a un importante porcentaxe de poboación, na que xa se observaran diferenzas en canto ao consumo de alcol e ás súas consecuencias (Obradors-Rial et al., 2014); 2) Evitouse a clasificación dicotómica de rural-urbano, optando por escoller poboacións similares, co obxectivo de amosar as diferenzas en saúde que poden aparecer entre elas e as limitacións que ofrece usar unha clasificación únicamente baseada no número de habitantes á hora de establecer

políticas en saúde; e 3) Os factores individuais teñen sido tradicionalmente os máis estudados en canto á súa influencia nos comportamentos en saúde e as súas consecuencias na adolescencia (Teixidó-Compañó et al., 2019). Así o presente estudo é pioneiro na nosa contorna na comparación de comportamentos en saúde en adolescentes de dous territorios do Estado español.



6. CONCLUSIÓN





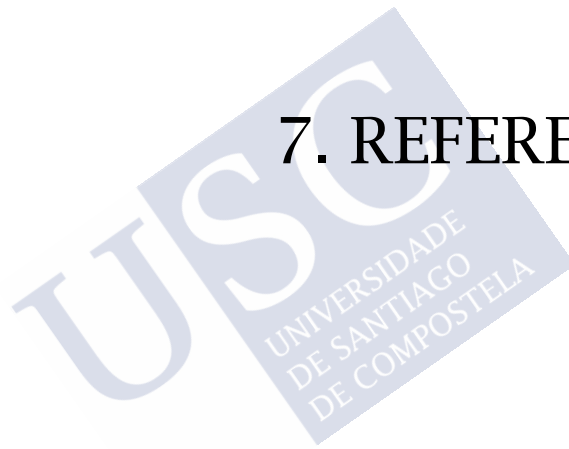
6 CONCLUSIONES

1. Os resultados do noso estudo amosan que o consumo de alcol, tabaco e cannabis aumenta coa maior dispoñibilidade económica. A limitación e coidado do diñeiro que manexan por parte das persoas proxenitoras ou titoras, xunto coa implementación de medidas educativas na adolescencia, que esperten a responsabilidade na xestión da súa dispoñibilidade económica, poden reducir estas conductas.
2. O estudantado inmigrante non constitúe un grupo de risco para o consumo destas substancias. A difusión dos resultados do noso estudo constitúe unha nova oportunidade de rachar estereotipos e crenzas baseadas no prexuízo.
3. Existe asociación entre o estado de ánimo negativo, o consumo de cannabis e o feito de ter sufrido *bullying* na poboación adolescente galega.
4. A percepción de perigosidade do uso do cannabis revélase coma un dobre factor de risco, xa que se relaciona co maior consumo e co peor estado anímico.
5. O nivel académico foi máis desigual entre estudantes de Catalunya. Foi máis probábel que referisen un nivel académico máis baixo que o estudantado galego.
6. A probabilidade de que declararan ter fumado tabaco, duplicouse entre adolescentes cataláns en relación a adolescentes de Galiza.
7. A poboación adolescente catalá referiu estado de ánimo negativo en maior medida que a poboación adolescente galega, malia que amosou un menor risco de referir ter sufrido *bullying*.

8. Estes resultados evidencian a necesidade de afondar nas pescudas que aclaren a relación causal entre o consumo de substancias psicoactivas, o estado anímico e o *bullying*, tendo en conta as desigualdades sociais. Advírtese a necesidade de incrementar os estudos en poboacións de menor tamaño, que foron pouco investigadas. Ademais, deberíanse tecer intervencións que aborden estas problemáticas, dotando de autonomía ás persoas, para que participen e se responsabilicen da súa saúde.



7. REFERENCIAS





7 REFERENCIAS

- Ahonen, E. Q., Nebot, M., e Giménez, E. (2007). Negative mood states and related factors in a sample of adolescent secondary-school students in Barcelona (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 43-52. <https://doi.org/10.1157/13099120>
- Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., e Fernández, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32 Suppl 1, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>
- Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., Schulenberg, J. E., e Wallace, J. M. (2011). Racial/ethnic differences in the relationship between parental education and substance use among U.S. 8th-, 10th-, and 12th-grade students: Findings from the Monitoring the Future project. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(2), 279-285.
- Bacigalupe, A., Esnaola, S., e Martín, U. (2016). The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: The case of a Southern European region, 1997-2013. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0283-7>
- Baena, B. C. (2014). Adolescentes inmigrantes y consumo de alcohol. Miscelánea Comillas. *Revista de ciencias humanas y sociales*, 72, 140-141.

- Bartoll, X., Palència, L., Malmusi, D., Suhrcke, M., e Borrell, C. (2013). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24(3) 415-418. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt208>
- Benach, J., Daponte, A., Borrell, C., e Artazcoz, L. (2004). Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En v. Navarro (coordinador) *El estado de bienestar en españa* (páx: 477).
- Best, D., Rawaf, S., Rowley, J., Floyd, K., Manning, V., e Strang, J. (2001). Ethnic and Gender Differences in Drinking and Smoking among London Adolescents. *Ethnicity & Health*, 6(1), 51-57. <https://doi.org/10.1080/13557850123660>
- Blum, R. W., Beuhring, T., Shew, M. L., Bearinger, L. H., e Sieving, R. E. (2000). The effects of race/ethnicity, income, and family structure on adolescent risk behaviors. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1879-1884. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.12.1879>
- Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Rubin, K., e Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal*, 323(7311), 480-484. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7311.480>
- Borrell, C., e Artazcoz, L. (2008). Desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Publica*, 82(3), 245-249.
- Borrell, C., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., Burström, B., Muntaner, C., Pasarín, M. I., Benach, J., Marinacci, C., Roskam, A.-J., Schaap, M., Regidor, E., Costa, G., Santana, P., Deboosere, P., Kunst, A., e Navarro, V. (2009). Analyzing differences in the

- magnitude of socioeconomic inequalities in self-perceived health by countries of different political tradition in Europe. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 39(2), 321-341.
- Borrell, C., García-Calvente, M. del M., e Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y la clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 2-6. <https://doi.org/10.1157/13062243>
- Borrell, C., Marí-Dell'olmo, M., Palència, L., Gotsens, M., Burström, B., Domínguez-Berjón, F., Rodríguez-Sanz, M., Dzúrová, D., Gandarillas, A., Hoffmann, R., Kovacs, K., Marinacci, C., Martikainen, P., Pikhart, H., Corman, D., Rosicova, K., Saez, M., Santana, P., Tarkiainen, L., ... Díez, È. (2014). Socioeconomic inequalities in mortality in 16 European cities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(3), 245-254. <https://doi.org/10.1177/1403494814522556>
- Borrell, C., Peiró, R., Ramón, N., Isabel Pasarín, M., Colomer, C., Zafra, E., e Álvarez-Dardet, C. (2005). Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 277-285. <https://doi.org/10.1157/13078025>
- Borrell, C., Pons-Vigués, M., Morrison, J., e Díez, E. (2013). Factors and processes influencing health inequalities in urban areas. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(5), 389-391. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-202014>
- Bosque-Prous, M., Kuipers, M. A. G., Espelt, A., Richter, M., Rimpelä, A., Perelman, J., Federico, B., Brugal, M. T., Lorant, V., e Kunst, A. E. (2017). Adolescent alcohol use and parental and adolescent socioeconomic position in six European cities.

BMC Public Health, 17(1), 646.
<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4635-7>

Bourke, L., Humphreys, J. S., Wakerman, J., e Taylor, J. (2012). Understanding rural and remote health: A framework for analysis in Australia. *Health & Place*, 18(3), 496–503.

Bousoño Serrano, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., Galván, G., García-Álvarez, L., Carli, V., Hoven, C., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Bousoño, M., García-Portilla, M. P., Iglesias, C., Sáiz, P. A., e Bobes, J. (2017). Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones*, 29(2), 97.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.811>

Bowes, L., Chollet, A., Fombonne, E., Galéra, C., e Melchior, M. (2013). Lifecourse SEP and tobacco and cannabis use. *The European Journal of Public Health*, 23(2), 322-327.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cks065>

Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós ibérica.

Cabrera-León, A., Daponte Codina, A., Mateo, I., Arroyo-Borrell, E., Bartoll, X., Bravo, M. J., Domínguez-Berjón, M. F., Renart, G., Álvarez-Dardet, C., Marí-Dell’Olmo, M., Bolívar Muñoz, J., Saez, M., Escribà-Agüir, V., Palència, L., López, M. J., Saurina, C., Puig, V., Martín, U., Gotsens, M., ... Bernal, M. (2016). Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. *Gaceta Sanitaria*.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.014>

- Caravaca Sánchez, F., Navarro.Zaragoza, J., Luna Ruiz-Cabello, A., Falcón Romero, M., e Luna Maldonado, A. (2016). Asociación entre victimización por *bullying* y consumo de sustancias entre la población universitaria de España. *Adicciones*, 29(1), 22. <https://doi.org/10.20882/adicciones.827>
- Carta, M. G., Fiandra, T. D., Rampazzo, L., Contu, P., e Preti, A. (2015). An Overview of International Literature on School Interventions to Promote Mental Health and Well-being in Children and Adolescents. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 11(Suppl 1 M1), 16-20. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010016>
- Carvalho, A. F., Stubbs, B., Vancampfort, D., Kloiber, S., Maes, M., Firth, J., Kurdyak, P. A., Stein, D. J., Rehm, J., e Koyanagi, A. (2018). Cannabis use and suicide attempts among 86,254 adolescents aged 12-15 years from 21 low- and middle-income countries. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.006>
- Chamorro, C., Díaz-Echenique, L., e Oliván, J. (2016). Los servicios locales de salud pública: Estudio descriptivo de los municipios de Catalunya en 2016. *Revista Española de Salud Pública.*, 12.
- Comisión de Determinantes Sociales en Salud, O. M. de la salud (OMS). (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría.*
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>

- Connell, R. W., e Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A. V., e Macintyre, S. (2007). Understanding and representing «place» in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine* (1982), 65(9), 1825-1838. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.036>
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O. R. F., e Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: HBSC international report from the 2009/2010 survey*. WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., e Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social Science & Medicine* (1982), 66(6), 1429-1436. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.024>
- Curtis, S., e Rees Jones, I. (1998). Is there a place for geography in the analysis of health inequality? *Sociology of health & illness*, 20(5), 645-672.
- Degenhardt, L., Coffey, C., Romaniuk, H., Swift, W., Carlin, J. B., Hall, W. D., e Patton, G. C. (2013). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*, 108(1), 124-133. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04015.x>
- Díaz Geada, A. (2013). *Mudar en común: Cambios económicos, sociais e culturais no rural galego do franquismo e da*

- transición*. [Tese de Doutoramento]. Santiago: Universidade de Santiago de Compostela.
- Domínguez-Berjon, F., Borrell, C., Rodriguez-Sanz, M., e Pastor, V. (2006). The usefulness of area-based socioeconomic measures to monitor social inequalities in health in Southern Europe. *European Journal of Public Health*, 16(1), 54-61.
- Domínguez-Berjón, M., Borrell, C., Benach, J., e Pasarin, M. I. (2001). Medidas de privación material en los estudios de áreas geográficas pequeñas. *Gaceta Sanitaria*, 15, 23-33.
- Donath, C., Grassel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Karagülle, D., Bleich, S., e Hillemacher, T. (2011). Alcohol consumption and binge drinking in adolescents: Comparison of different migration backgrounds and rural vs. urban residence--a representative study. *BMC public health*, 11, 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-84>
- Dow, W. H., Schoeni, R. F., Adler, N. E., e Stewart, J. (2010). Evaluating the evidence base: Policies and interventions to address socioeconomic status gradients in health: Evidence base for policy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 240-251. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05386.x>
- Elgar, F. J., Roberts, C., Parry-Langdon, N., e Boyce, W. (2005). Income inequality and alcohol use: A multilevel analysis of drinking and drunkenness in adolescents in 34 countries. *European Journal of Public Health*, 15(3), 245-250.
- Elliott, P., e Wartenberg, D. (2004). Spatial Epidemiology: Current Approaches and Future Challenges. *Environmental Health*

Perspectives, 112(9), 998-1006.
<https://doi.org/10.1289/ehp.6735>

Engs, R., e Hanson, D. (1990). Gender differences in drinking patterns and problems among college students: A review of the literature. *Journal of Drug and Alcohol Education*, 35, 36-47.

Espelt, A., Mari-Dell'Olmo, M., Penelo, E., e Bosque-Prous, M. (2017). Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de regresión: ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. *Adicciones*, 29(2), 105-112.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.823>

Espelt, A., Continente, X., Domingo-Salvany, A., Domínguez-Berjón, M. F., Fernández-Villa, T., Monge, S., Ruiz-Cantero, M. T., Perez, G., Borrell, C., e Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología. (2016). Monitorizando los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 30 Suppl 1, 38-44.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>

Floyd, L. J., Alexandre, P. K., Hedden, S. L., Lawson, A. L., Latimer, W. W., e Giles, N. (2010). Adolescent drug dealing and race/ethnicity: A population-based study of the differential impact of substance use on involvement in drug trade. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(2), 87-91.
<https://doi.org/10.3109/00952991003587469>

Fone, D. L., e Dunstan, F. (2006). Mental health, places and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health and Place*, 12(3), 332-344.

Fonseca-Pedrero, E., Ortuño-Sierra, J., Paino, M., e Muñiz, J. (2016). Psychotic-like Experiences and Substance Use in College

- Students. *Adicciones*, 28(3), 144-153.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.781>
- Font-Ribera, L., García-Continente, X., Davó-Blanes, M. C., Ariza, C., Díez, E., García Calvente, M. D. M., Maroto, G., Suárez, M., Rajmil, L., e Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. (2014). El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 28, 316-325.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.009>
- Font-Ribera, L., Garcia-Continente, X., Pérez, A., Torres, R., Sala, N., Espelt, A., e Nebot, M. (2013). Driving under the influence of alcohol or drugs among adolescents: The role of urban and rural environments. *Accident Analyses and Prevention*, 60, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.07.031>
- Fosados, R., McClain, A., Ritt-Olson, A., Sussman, S., Soto, D., Baezconde-Garbanati, L., e Unger, J. B. (2007). The influence of acculturation on drug and alcohol use in a sample of adolescents. *Addictive Behaviors*, 32(12), 2990-3004.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.015>
- Gaete, J., Tornero, B., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C. A., Salmivalli, C., Valenzuela, E., e Araya, R. (2017). Substance Use among Adolescents Involved in Bullying: A Cross-Sectional Multilevel Study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1056.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01056>
- Garcia-Continente, X., Pérez Giménez, A., e Nebot Adell, M. (2010). Factores relacionados con el acoso escolar (bullying) en los adolescentes de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 103-108.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.017>

- García-Continente, X., Pérez-Giménez, A., Espelt, A., e Nebot Adell, M. (2013). Bullying among schoolchildren: Differences between victims and aggressors. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 350-354. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.012>
- García-Sánchez, S., Matalí, J. L., Martín-Fernández, M., Pardo, M., Lleras, M., Castellano-Tejedor, C., e Haro, J. M. (2016). Personalidad internalizante y externalizante y efectos subjetivos en una muestra de adolescentes consumidores de cannabis. *Adicciones*, 28(4), 231. <https://doi.org/10.20882/adicciones.887>
- Gauffin, K., Hemmingsson, T., e Hjern, A. (2013). The effect of childhood socioeconomic position on alcohol-related disorders later in life: A Swedish national cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(11), 932-938. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-202624>
- Giró, J. (2011). Las amistades y el ocio de los adolescentes, hijos de la inmigración. *Papers. Revista de Sociología*, 96(1), 77-95.
- Gobierno de España, Ministerio de Asuntos Exteriores. (2019). *Plan de acción para la implementación de la agenda 2030. Hacia una estrategia española de desarrollo sostenible*. Recuperado de: <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20AGENDA%202030.pdf>
- González-Rábago, Y., e Martín, U. (2019). Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la

- infancia? *Gaceta Sanitaria*, 33(2), 156-161.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.007>
- González, M. T., Espada, J. P., e Orgilés, M. (2015). Estado de ánimo y consumo de tabaco en una muestra de adolescentes españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.001>
- Gotsens, M., Mari-Dell'Olmo, M., Martínez-Beneito, M. Á., Pérez, K., Pasarín, M. I., Daponte, A., Puigpinós-Riera, R., Rodríguez-Sanz, M., Audicana, C., Nolasco, A., Gandarillas, A., Serral, G., Domínguez-Berjón, F., Martos, C., e Borrell, C. (2011). Socio-economic inequalities in mortality due to injuries in small areas of ten cities in Spain (MEDEA Project). *Accident; analysis and prevention*, 43(5), 1802-1810. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2011.04.013>
- Hanson, M. D., e Chen, E. (2007). Socioeconomic status and substance use behaviors in adolescents: The role of family resources versus family social status. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 32-35. <https://doi.org/10.1177/1359105306069073>
- Hanson, M. D., e Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(3), 263-285. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9098-3>
- Herranz Gómez, Y. (2006). *Igualdad bajo sospecha*. Madrid: Narcea.
- IGE (2018). *Instituto Galego de Estatística*. <http://www.ige.eu/igebdt/esq.jsp?idioma=esruta=msel/poboacionconc.jsp>

- IGE (2019). *Instituto Galego de Estatística*. https://www.ige.eu/web/mostrar_seccion.jsp?idioma=gl&codigo=0201
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, migration and the ‘social determinants of health’ agenda. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 331–341.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Encuesta Nacional de Salud. 2017*.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
- Jiang, X., Li, D., Boyce, W., e Pickett, W. (2008). Alcohol consumption and injury among Canadian adolescents: Variations by urban-rural geographic status. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 24(2), 143-147.
<https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2008.00150.x>
- Julià Cano, A., Escapa Solanas, S., Marí-Klose, M., e Marí-Klose, P. (2012). Factores de riesgo psicosociales en el consumo de tabaco de los adolescentes: estados de ánimo negativos, grupo de iguales y estilos de vida. *Adicciones*, 24(4), 309-317.
- Karriker-Jaffe, K. J. (2011). Areas of disadvantage: A systematic review of effects of area-level socioeconomic status on substance use outcomes. *Drug and Alcohol Review*, 30(1), 84-95. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00191.x>
- Koutra, K., Papadovassilaki, K., Kalpoutzaki, P., Kargatzi, M., Roumeliotaki, T., e Koukouli, S. (2012). Adolescent drinking, academic achievement and leisure time use by secondary education students in a rural area of Crete. *Health & Social*

- Care in the Community*, 20(1), 61-69.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01016.x>
- Livingston, J. A., Derrick, J. L., Wang, W., Testa, M., Nickerson, A. B., Espelage, D. L., e Miller, K. E. (2018). Proximal Associations among Bullying, Mood, and Substance Use: A Daily Report Study. *Journal of Child and Family Studies*, 1–14.
- Llorca, E., Amor, M. T., Merino, B., Márquez, F. J., Gómez, F., e Ramírez, R. (2010). Ciudades saludables: una estrategia de referencia en las políticas locales de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 24(6), 435-436.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.07.010>
- López Ruiz, V., Segura Del Pozo, J., Pires Gómez, M. P., Malmusi, D., Vergara Duarte, M., e Pérez Sanz, E. (2018). Municipalismo y salud comunitaria: transformar desde los ayuntamientos. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32 Suppl 1, 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.007>
- Luengo, M. Á., Villar, P., Sobral, J., Romero, E., e Gómez-Fraguela, J. A. (2009). El consumo de drogas en los adolescentes inmigrantes: Implicaciones para la prevención. *Revista española de Drogodependencias* 34, 448-479.
- Malmusi, D., Borrell, C., e Benach, J. (2010). Migration-related health inequalities: Showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1610-1619.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.043>
- Mangot-Sala, L., Bosque-Prous, M., Bartroli, M., Teixidó-Compañó, E., Brugal, M. T., e Espelt, A. (2018). The Role of Individual and Social Mediators in the Association Between Drug

- Consumption and Mental Health Among Adolescents in Barcelona. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-018-9879-7>
- Marmot, M. (2017). Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32(7), 537-546. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0286-3>
- Marsiglia, F. F., Kulis, S., Hecht, M. L., e Sills, S. (2004). Ethnicity and Ethnic Identity as Predictors of Drug Norms and Drug Use Among Preadolescents in the US Southwest. *Substance Use & Misuse*, 39(7), 1061-1094. <https://doi.org/10.1081/JA-120038030>
- Marsiglia, F. F., Kulis, S., Luengo, M. A., Nieri, T., e Villar, P. (2008). Immigrant advantage? Substance use among Latin American immigrant and native-born youth in Spain. *Ethnicity e Health*, 13(2), 149-170. <https://doi.org/10.1080/13557850701830356>
- Martínez-Hernández, A., Mari-Klose, M., Julià, A., Escapa, S., e Mari-Klose, P. (2012). Consumo episódico intensivo de alcohol en adolescentes: su asociación con los estados de ánimo negativos y los factores familiares. *Revista Española De Salud Pública*, 86(1), 101-114. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272012000100009>
- Mello, F. C. M., Silva, J. L. da, Oliveira, W. A. de, Prado, R. R. do, Malta, D. C., e Silva, M. A. I. (2017). A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 22(9), 2939-2948. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12762017>

- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S., e Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: Diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos adictivos*, 11(1), 51–63.
- Meneses, Carmen, Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A., e Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas (Andalucía, Madrid y País Vasco). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 525-535. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000300005>
- Merikangas, K. R., Mehta, R. L., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., Bijl, R., Borges, G., Caraveo-Anduaga, J. J., Dewit, D. J., Kolody, B., Vega, W. A., Wittchen, H.-U., e Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23(6), 893-907. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00076-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00076-8)
- Monge, S., Ronda, E., Pons-Vigués, M., Vives Cases, C., Malmusi, D., e Gil-González, D. (2015). Limitaciones y recomendaciones metodológicas en las publicaciones sobre salud en población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S.*, 29(6), 461-463. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.07.012>
- Monteagudo, M., Rodriguez-Blanco, T., Pueyo, M. J., Zabaleta-del-Olmo, E., Mercader, M., García, J., Pujol, E., e Bolívar, B. (2013). Diferencias en los estados de ánimo negativo en estudiantes de secundaria según sexo: encuesta nacional en

- Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 32-39.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.01.009>
- Moore, G. F., e Littlecott, H. J. (2015). School- and family-level socioeconomic status and health behaviors: Multilevel analysis of a national survey in wales, United Kingdom. *The Journal of School Health*, 85(4), 267-275.
<https://doi.org/10.1111/josh.12242>
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., e Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60-76.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Morgan, A., e Leal-López, E. (2018). *La adolescencia en España: Salud, bienestar, familia, vida académica y social. Resultados del Estudio HBSC 2018*. (página 53-70).
- Moreno-Maldonado, C., Moreno, C., e Rivera, F. (2017). Indicadores para detectar y evaluar el impacto de las desigualdades socioeconómicas en los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 177–188.
- Moure-Rodríguez, L., Piñeiro, M., Varela, M. C., Rodríguez-Holguín, S., Cadaveira, F., e Caamaño-Isorna, F. (2016). Identifying Predictors and Prevalence of Alcohol Consumption among University Students: Nine Years of Follow-Up. *Plos One*, 11(11), e0165514.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165514>

- Novoa, A. M., Bosch, J., Díaz, F., Malmusi, D., Darnell, M., e Trilla, C. (2014). El impacto de la crisis en la relación entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas a las condiciones de vivienda. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 28 Suppl 1, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.018>
- Obradors-Rial, N., Ariza, C., Continente, X., e Muntaner, C. (2019). School and town factors associated with risky alcohol consumption among Catalan adolescents. *Alcohol*. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2019.04.005>
- Obradors-Rial, N., Ariza, C., e Muntaner, C. (2014). Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 28(5), 381-385. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.04.004>
- Obradors-Rial, N., Ariza, C., Rajmil, L., e Muntaner, C. (2018). Socioeconomic position and occupational social class and their association with risky alcohol consumption among adolescents. *International Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1078-6>
- Oca, L. (2013). *Caboverdianas en Burela (1978/2008): Migración, relaciones de xénero e intervención social* Tese Doutoral. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela. Recuperada de: <http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidade de Santiago de Compostela>]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=122046>
- Ocaña-Riola, R., e Sánchez-Cantalejo, C. (2005). Rurality Index for Small Areas in Spain. *Social Indicators Research*, 73(2), 247-266. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-0987-3>

- Ojeda, V. D., Patterson, T. L., e Strathdee, S. A. (2008). The influence of perceived risk to health and immigration-related characteristics on substance use among Latino and other immigrants. *Am J Public Health*, 98(5), 862-868.
- Oliva, A., de Sevilla, U., Parra, Á., e de Sevilla, U. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: Trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8, 153-159.
- Ortuño-Sierra, J., Aritio-Solana, R., e Fonseca-Pedrero, E. (2018). Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011-2012. *Psychiatry Research*, 259, 236-242. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.025>
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Paíno, M., e Aritio-Solana, R. (2014). Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.12.003>
- Otero-Enríquez, R., e Gómez Rodríguez, S. (2007). La desconcentración urbana en el sistema territorial de Galicia: Un enfoque conceptual y empírico. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*. 44, 257-259.
- Paül i Carril, V. (2015). Que espazos rurais nun país urbano? Dúas aproximacións xeográficas ao rural galego. En *A Galicia urbana* 693-714. Vigo: Edicións Xerais.
- Pérez, A., Garcia-Continente, X., i Grup col·laborador enquesta FRESC 2012. (2013). *Informe FRESC 2012: 25 anys*

d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Plan Nacional Sobre Drogas. (2016). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Plan Nacional Sobre Drogas. (2018). *Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994-2018*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Río, M. A. (2001). *O crescimento das pequenas cidades costeiras lucenses a través da óptica da planificación urbana*. Memoria de Licenciatura.

Rodríguez González, R. (1999). *De aldeas e cidades. Urbanismo e xeografía das vilas galegas*. Vigo : Ir Indo.

Sánchez-Queija, I., García-Moya, I., e Moreno, C. (2017). Trend analysis of bullying victimization prevalence in spanish adolescent youth at school. *Journal of school health*, 87(6), 457–464.

Schulte, M. T., Ramo, D., e Brown, S. A. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clinical psychology review*, 29(6), 535-547. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.003>

Segura del Pozo, J. (2013). *Desigualdades sociales en salud: Conceptos, estudios e intervenciones*. [Tesis Doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C., e Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED,

- Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7), 931-935. <https://doi.org/10.1079/PHN2004556>
- Servizo Galego de Saúde, C. de S. (2016). *Estratexia SERGAS 2020*. Recuperado de: https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS_ESTRATEXIA_2020_280316_gal.pdf
- Singham, T., Viding, E., Schoeler, T., Arseneault, L., Ronald, A., Cecil, C. M., McCrory, E., Rijdsdijk, F., e Pingault, J.-B. (2017). Concurrent and Longitudinal Contribution of Exposure to Bullying in Childhood to Mental Health: The Role of Vulnerability and Resilience. *JAMA Psychiatry*, 74(11), 1112-1119. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2678>
- Sirin, S. R. (2005). Socioeconomic status and academic achievement: A meta-analytic review of research. *Review of educational research*, 75(3), 417-453.
- Spencer, N. J. (2006). Social equalization in youth: Evidence from a cross-sectional British survey. *European Journal of Public Health*, 16(4), 368-375. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki222>
- Starfield, B., Riley, A. W., Witt, W. P., e Robertson, J. (2002). Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(5), 354-361.
- Teixidó-Compañó, E., Espelt, A., Sordo, L., Bravo, M. J., Sarasa-Renedo, A., Indave, B. I., Bosque-Prous, M., e Brugal, M. T. (2018). Differences between men and women in substance use: The role of educational level and employment status. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.017>

- Teixidó-Compañó, E., Sordo, L., Bosque-Prous, M., Puigcorbé, S., Barrio, G., Brugal, M. T., Belza, M. J. J., e Espelt, A. (2019). Individual and contextual factors related to binge drinking among adolescents in Spain: A multilevel approach. *Adicciones*, 31(1), 41-51. <https://doi.org/10.20882/adicciones.975>
- Tortajada Navarro, S., Valderrama Zurián, J. C., Castellano Gómez, M., Llorens Aleixandre, N., Agulló Calatayud, V., Herzog, B., e Aleixandre Benavent, R. (2008). Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema*, 20(3), 403-407.
- Vallejo-Torres, L., Hale, D., Morris, S., e Viner, R. M. (2014). Income-related inequality in health and health-related behaviour: Exploring the equalisation hypothesis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(7), 615-621. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203306>
- van Gastel, W. A., Tempelaar, W., Bun, C., Schubart, C. D., Kahn, R. S., Plevier, C., e Boks, M. P. M. (2013). Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: A population-based study at secondary schools. *Psychological Medicine*, 43(9), 1849-1856. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002723>
- Vega, A., Aramendi, P., e Garín, S. (2012). Adolescentes y jóvenes: Desde las conductas de riesgo a la inclusión social. *Zerbitzuan*, 52, 167-178. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.52.11>
- Villalonga-Olives, E., Mari-Dell'Olmo, M., Gotsens, M., Ramos, M., Ramon, J., Cabeza, E., e Borrell, C. (2013). Análisis de desigualdades en mortalidad en áreas pequeñas: Queda camino por recorrer. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 378-380. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.017>

- Ward, J. L., e Viner, R. M. (2018). Investigating equalisation of health inequalities during adolescence in four low-income and middle-income countries: An analysis of the Young Lives cohort study. *BMJ Open*, 8(9), e022114. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022114>
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 22(3), 429-445.
- Whitehead, R., Currie, D., Inchley, J., e Currie, C. (2015). Educational expectations and adolescent health behaviour: An evolutionary approach. *International Journal of Public Health*, 60(5), 599-608. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0692-9>
- World Health Organization (1946). Constitution of the World Health Organization. London, World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- WHO (1999). *Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
- WHO (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report*. World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
- WHO Euro. (2001). *Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward*. Recuperado de:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf







8. ANEXOS



8 ANEXOS

8.1 ADAPTACIÓN DO CUESTIONARIO FRESC EN GALEGO PARA 2º E 3º CURSO DE ESO.







Este cuestionario é parte dun estudo que está a facer a **Área de Medicina Preventiva e de Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela** sobre diversos comportamentos e estilos de vida dos estudantes da túa idade en relación á saúde.

A túa participación é moi importante para nós, porque coas túas respostas poderemos saber o que os mozos e mozas pensan e axudar a cambiar ou mellorar algunhas cousas.

Este non é un exame e polo tanto non hai resposta correcta ou incorrecta. Pedimos soamente a túa opinión. É moi importante que respondas o que verdadeiramente cres, sen ser influenciado polo que pensen os teus compañeiros ou profesores.

Este cuestionario é ANÓNIMO. Ninguén vai saber que respondiches. Contesta con liberdade.

Segundo/Terceiro curso

Que día naciches?		
Día:	Mes:	Ano:

Es rapaz ou rapariga?	
Rapaz	Rapariga

Canto pesas e mides?	
Peso (kg):	Mido (metros):

En relación aos demais compañeiros da túa aula, cal cres que é o teu nivel académico?		
Estou no terzo alto	Estou no terzo medio	Estou no terzo baixo

Nos últimos 30 días, de cantos euros dispuxeches á SEMANA para os teus gastos persoais?	
Euros:	

Quen vive contigo na túa casa? (Marca todos os que vivan)					
A miña nai	O meu pai	A miña titora	O meu titor	Un ou máis irmáns/ ás	Outros familiares

En que país naciches ti e onde naceron os teus pais?		
Eu:	A miña nai:	O meu pai:

A que idade chegaches a España? (Contesta só se naciches fóra de España)	
Anos:	

Es adoptado/a?		
Si	Non	Non o sei

A túa familia ten coche, furgoneta ou camión?		
Non	Si, un	Si, dous ou máis

Tes a túa propia habitación para ti só/ soa?	
Si	Non

Durante os últimos 12 meses, cantas veces fuches de vacacións coa túa familia? (non se consideran vacacións ir a unha segunda casa ou a casa duns familiares)			
Nunca	Unha vez	Dúas veces	Máis de dúas veces

Cantos ordenadores hai na túa casa?			
Ningún	Un	Dous	Máis de dous

Algunha persoa que non sexa da túa familia vai realizar as tarefas do fogar á túa casa?	
Si	Non

En que barrio de Burela vives?			
Burela de Cabo	Casas baratas	Arcadio Pardiñas	O Campón
Os Castros	O Cantión	O porto (Igrexa/Estación)	Vila do Medio
Vilar/Cuartel	Outros sitios		

TABACO

Queremos saber se fumas tabaco ou fumaches algunha vez. Non nos referimos a unha soa "calada", senón a fumar cando menos unhas cantas caladas.

Cantas persoas que están na túa casa de maneira habitual fuman dentro dela? (sen incluír terrazas, galerías, etc)						
0	1	2	3	4	5	Máis de 5

Con cal das seguintes afirmacións te identificas máis? (marca só UNHA)	
<input type="checkbox"/> Estou seguro/a de que nunca fumarei	
<input type="checkbox"/> Creo que nunca fumarei	
<input type="checkbox"/> Creo que fumarei un pouco no futuro	
<input type="checkbox"/> Creo que fumarei durante os vindeiros 5 anos	
<input type="checkbox"/> Creo que fumarei durante o vindeiro ano	
<input type="checkbox"/> Creo que fumarei durante os vindeiros 6 meses	
<input type="checkbox"/> Creo que fumarei durante o vindeiro mes	
<input type="checkbox"/> Xa fumo agora	

Fumaches algunha vez na túa vida?	
Si	Non (Pasa a ALCOHOL)

Con cal das seguintes afirmacións te identificas? (marca só UNHA)	
<input type="checkbox"/> Fumo cando menos un cigarro ao día	
<input type="checkbox"/> Non fumo diariamente, mais si un cigarro á semana	
<input type="checkbox"/> Non fumo semanalmente, mais si unha vez ao mes	
<input type="checkbox"/> Fumo menos dunha vez ao mes	
<input type="checkbox"/> Fumo algunha vez, de cando en cando	
<input type="checkbox"/> Deixei de fumar, logo de fumar cando menos unha vez á semana	
<input type="checkbox"/> Deixei de fumar, sempre fumei menos dunha vez á semana	
<input type="checkbox"/> Fumei algunha vez, mais xa non volvin fumar	

Indica cantos cigarros fumas aproximadamente (responde só se fumas diariamente)	
Os días de clase:	Nas fins de semana:

Que idade tiñas cando fumaches o teu primeiro cigarro?
Anos:

Mercaches algunha vez tabaco para ti?	
Si	Non

ALCOHOL

A continuación atoparás unha serie de preguntas sobre o alcohol. Aínda que non beberas nunca alcohol, gustaríamos de saber o que ti pensas.

Exprésate o teu grao de acordo coas seguintes frases: (marca un X en cada fila)				
	Totalmente de acordo	Bastante de acordo	Bastante en desacordo	Totalmente en desacordo
As bebidas alcohólicas fan máis divertidas as festas				
A maioría das persoas maiores toman bebidas alcohólicas				

Bebiches algunha vez, polo menos medio vaso dalgunha bebida alcohólica?				
Non, nunca (pasa á Outras Substancias)	Si, algunha vez	Si, nos últimos 12 meses	Si, nos últimos 6 meses	Si, nos últimos 30 días

Que idade tiñas cando bebiches medio vaso dalgunha bebida alcohólica por primeira vez?
Anos:

Acostumas beber cando menos medio vaso dalgunha bebida alcohólica nas seguintes situacións? (Podes marcar varias)	
<input type="checkbox"/> Os días de aulas (cada día)	
<input type="checkbox"/> As fins de semana	
<input type="checkbox"/> Nas festas familiares (aniversarios, Nadal...)	
<input type="checkbox"/> En discotecas, bares e festas cos meus amigos e amigas	

Tomaches algunha vez 4 ou máis bebidas alcohólicas na mesma ocasión? ("ocasión"= 4 horas aproximadamente)					
Non, nunca	Si, algunha vez	Si, nos últimos 12 meses	Si, nos últimos 6 meses	Si, nos últimos 30 días	Non o lembro

Embededácheste algunha vez?					
Non, nunca	Si, algunha vez	Si, nos últimos 12 meses	Si, nos últimos 6 meses	Si, nos últimos 30 días	Non o lembro

Cantas veces te embededaches nos últimos 6 meses?			
Nunca	Unha vez	Dúas veces	Máis de dúas veces

Algunha vez mercaches bebidas alcohólicas para ti?	
Si	Non

Sinala os lugares onde conseguiches as bebidas alcohólicas (podes marcar varias respostas)			
Bares/ pubs	Discotecas	Supermercados	Gasolineiras
Tendas	Na túa casa	Noutras casas	Outros sitios

Nos últimos 30 días consumiches algunha das seguintes bebidas alcohólicas? (podes marcar varias)			
Viño, cava ou champaña	Cañas, quintos sidra	Aperitivos (vermú, xerez, etc)	Combinados ou cubatas
Licores de froitas sos (pacharan...)	Licores fortes sos (coñac, xenebra,)	Non consumin bebidas nos últimos 30 días	

OUTRAS SUBSTANCIAS

Esta sección inclúe drogas ilegais. Queremos saber experiencias e actitudes das persoas da túa idade. Lembra que as túas respostas son totalmente confidenciais.

Das seguintes substancias, indica cal probaches algunha vez e que idade tiñas a primeira vez que o fixeches? (marca un X en cada fila)					
	Non o probai nunca	Algunha vez na vida	Nos últimos 12 meses	Nos últimos 30 días	Idade
Marihuana ou Haxix (porros)					
Cocaína					
Outras					

Cres que probarás algunha destas drogas no futuro? (marca un X en cada fila)						
	Xa a probel	Seguro que si	Creo que si	Creo que non	Seguro que non	
Tabaco						
Alcohol						
Haxix ou marihuana						
Tranquilizantes ou sedantes						
Anfetaminas, Speed						
LSD ou tripi						
Cocaína						
Éxtase, MDMA ou pastillas						
Heroína						
Pagamentos ou disolventes						

Cantos dos teus compañeiro/as dirías que... (marca unha X)					
	Todos ou case todos	Algun	Ningun	Non o sei	
Fuman cigarros					
Beben alcohol					
Embebedáronse algunha vez					
Fuman haxix ou marihuana					
Consomen/probaron outras drogas					

Como de perigoso é consumir habitualmente? (marca un X)			
	Moi perigoso	Moderadamente perigoso	Nada perigoso
Tabaco			
Alcol			
Haxix ou marihuana			
Tranquilizantes ou sedantes			
Anfetaminas ou Speed			
LSD ou tripi, alucinógenos			
Cocaína			
Éxtase, MDMA ou pastillas			
Heroína			
Pagamentos ou disolventes			

Como de difícil cres que seguira conseguir haxix ou marihuana se quixeras?				
	Practicamente imposible	Difícil	Relativamente sinxelo	Moi sinxelo

Consumiches algunha vez haxix ou marihuana na escola?	
Si	Non (Non contestes á seguinte pregunta)

Nos últimos 12 meses...? (marca un X en cada liña)					
	Nunca	Raramente	A veces	A miúdo	Moi a miúdo
Consumiches haxix ou marihuana antes do mediodía?					
Consumiches haxix ou marihuana estando só ou soa?					
Tiveches algun problema de memoria ao consumir haxix ou marihuana?					
Dixeronche os teus amigos ou a túa familia que trataras de reducir o consumo de haxix ou marihuana?					
Intentaches reducir ou deixar o consumo de haxix e marihuana sen conseguilo?					
Tiveches problemas debido ao consumo de haxix ou marihuana? (discusión, pelexa, accidente, mal resultado escolar)					

Nos últimos 30 días recibiches asistencia médica ou sanitaria urxente?	
Si	Non (pasa a Saúde, estado de ánimo e relacións cos demais)

Indica se tomaras algunha substancia 2 horas antes do último problema que motivou a asistencia médica? (podes marcar varias)				
Alcohol	Haxix, marihuana	Cocaína	Outras substancias	Ningunha substancia

Nos últimos 30 días, aproximadamente cantos días fumaches haxix ou marihuana?	
Días:	

Nos últimos 30 días, de termo medio, cantos porros de haxix ou marihuana fumaches cada día que consumiches estas drogas?	
Número de porros:	

SAÚDE, ESTADO DE ÁNIMO E RELACIÓNS COS DEMAIS

Como dirías que é a túa saúde en xeral?				
Excelente	Moi boa	Boa	Regular	Mala

Nos últimos 2 meses tiveches algunha lesión que requirise asistencia médica?	
Non	Si

Cantas veces te sentiches...? (Marca unha resposta en cada liña)					
	Nunca	Case nunca	As veces	A miúdo	Sempre
Moi canso ou cansa para facer cousas					
Con problemas para quedar durmido, ou despertar antes da hora					
Desprazado/a, triste, deprimido/a.					
Desesperanzado/a de cara ao futuro					
Nervioso/a, en tensión.					
Aborrecido/a das cousas.					

Na escola ou de camiño, podemos ser maltratados polos nosos compañeiros/as. Dicimos que un alumno/a foi maltratado/a cando outro alumno/a ou o grupo, fan cousas que son desagradables e o fan sentir mal. Tamén hai maltrato se se exclúe ou marginaliza do grupo. Non se considera abuso cando dous alumnos que teñen forza e poder semellante discuten ou pelexan. Tampouco hai abuso cando a brincadeira se fai de forma amigable ou xogando.

Nos últimos 12 meses.. (marca un X en cada liña)					
	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces	Máis de 3
Rironse de ti ou insultáronche na escola ou de camiño á escola?					
Golpeáronche, atacáronche ou ameazáronche na escola ou de camiño?					
As veces os teus compañeiros/as marxinan do grupo?					

Durante os últimos 12 meses participaches cos teus compañeiros e compañeiras ou co teu grupo en...? (Marca un X en cada liña)					
	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces	Máis de 3
Rir ou insultar a outros na escola ou de camiño					
Golpear ou ameazar na escola ou de camiño					
Rexeitar ou marxinar a outros					

Cómo é habitualmente a relación coa túa familia?				
Moi boa	Bastante boa	Regular	Bastante mala	Moi mala

A que hora adoitas deitarte e erguerse?		
	Días de clase	Fin de semana
Hora de durmir		
Hora de erguerse pola mañá		

LECER

Con que frecuencia adoitas facer as seguintes actividades? (marca un X en cada fila)					
	Nunca	Algúns veces no ano	1 ou 2 veces ao mes	Polo menos 1 vez ao mes	Cada día
Ler libros					
Ir a bares					
Ir a discotecas					

Cantas horas ao día dedicas cada día da semana a? (marca un X en cada fila)							
	Luns	Martes	Mércores	Xoves	Venres	Sábado	Domingo
Ver a televisión							
Xogar á videoconsola							
Utilizar o ordenador para divertirme (non facer deberes)							
Facer deporte (sen contar a horas do colexio)							

Tes televisor na túa habitación?	
SI	NON

Tes ordenador na túa habitación?	
SI	NON

Tes videoconsola na túa habitación?	
SI	NON

Tes teléfono móbil?	
SI	NON

MOBILIDADE E SEGURIDADE

Cando vas en coche pos o cinto de seguridade?					
Sempre	A miúdo	Ás veces	Raramente	Nunca	Non viaxo en coche
Cando circulas en moto pos o casco?					
Sempre	A miúdo	Ás veces	Raramente	Nunca	Non viaxo en moto

Cando circulas en bicicleta pos o casco?					
Sempre	A miúdo	Ás veces	Raramente	Nunca	Non viaxo en bicicleta

Como vas/volves habitualmente ao instituto?				
Camiónando	En bus/taxi	En coche	En moto	En bicicleta

ALIMENTACIÓN

Marca un X en VERDADEIRO ou FALSO:		
	Verdadeiro	Falso
Non almorzo		
Almorzo un lácteo (leite, iogur...)		
Almorzo cereais ou derivados (pan...)		
Almorzo bolos industriais, galletas, pastelillos.		
Tomo unha froita ou zume natural tódolos días		
Tomo unha segunda froita ou zume natural tódolos días		
Tomo dous iogures e/ou queixo diariamente (aprox. 40g)		
Tomo verduras frescas ou cociñadas regularmente unha vez ao día		
Tomo verduras frescas ou cociñadas regularmente máis de 1 vez ao día		
Acudo máis de 1 vez á semana a un fast food (pizzeria, hamburguesería) ou pedimos comida para que a traian		
Tomo peixe con regularidade, polo menos 2-3 veces á semana		
Tomo noces con regularidade, polo menos 2-3 veces por semana		
Gústanme os legumes e tómoos 2-3 veces por semana		
Tomo varias veces ao día doces ou lambetadas		
Tomo pasta ou arroz case a diario		
Na miña casa utilizamos aceite de oliva		

¿Cantas horas ves a televisión ou xogas a videoxogos diariamente de media?				
0	1	2	3	4 ou máis

¿Cantas horas dedicas a actividades deportivas extraescolares semanalmente de media?				
0	1	2	3	4 ou máis

Estás a facer na actualidade algunha dieta de adelgazamento?	
SI	NON

Que pensas do teu peso actual?				
É moi inferior ao que me gustaría	É lixeiramente inferior ao que me gustaría.	É o axeitado	É lixeiramente superior ao que me gustaría	É moi superior ao que me gustaría

Apreciamos sinceramente o esforzo que tes dedicado á realización deste cuestionario, o teu interese e maila túa colaboración.

8.2 ADAPTACIÓN DO CUESTIONARIO FRESC EN GALEGO PARA 4º CURSO DE ESO.







Este cuestionario é parte dun estudo que está a facer a **Área de Medicina Preventiva e de Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela** sobre diversos comportamentos e estilos de vida dos estudantes da túa idade en relación á saúde.

A túa participación é moi importante para nós, porque coas túas respostas poderemos saber o que os mozos e mozas pensan e axudar a cambiar ou mellorar algunhas cousas.

Este non é un exame e polo tanto non hai resposta correcta ou incorrecta. Pedimos soamente a túa opinión. É moi importante que respondas o que verdadeiramente cres, sen ser influenciado polo que pensen os teus compañeiros ou profesores.

Este cuestionario é **ANÓNIMO**. Ninguén vai saber que respondiches. **Contesta con liberdade.**

Cuarto curso

Que día naciches?		
Día:	Mes:	Ano:

Es rapaz ou rapariga?	
Rapaz	Rapariga

Canto pesas e mides?	
Peso (kg):	Mido (metros):

En relación aos demais compañeiros da túa aula, cal cres que é o teu nivel académico?		
Estou no terzo alto	Estou no terzo medio	Estou no terzo baixo

Nos últimos 30 días, de cantos euros dispuxeches á SEMANA para os teus gastos persoais?	
Euros:	

Quen vive contigo na túa casa? (Marca todos os que vivan)					
A miña nai	O meu pai	A miña titora	O meu titor	Un ou máis irmáns/ás	Outros familiares

En que país naciches ti e onde naceron os teus pais?		
Eu:	A miña nai:	O meu pai:

A que idade chegaches a España? (Contesta só se naciches fóra de España)	
Anos:	

Es adoptado/a?		
Si	Non	Non o sei

A túa familia ten coche, furgoneta ou camión?		
Non	Si, un	Si, dous ou máis

Tes a túa propia habitación para ti só/ soa?	
Si	Non

Durante os últimos 12 meses, cantas veces fuches de vacacións coa túa familia? (non se consideran vacacións ir a unha segunda casa ou a casa duns familiares)			
Nunca	Unha vez	Dúas veces	Máis de dúas veces

Cantos ordenadores hai na túa casa?			
Ningún	Un	Dous	Máis de dous

Algunha persoa que non sexa da túa familia vai realizar as tarefas do fogar á túa casa?	
Si	Non

Onde vives?			
Burela de Cabo	Casas baratas	Arcadio Pardiñas	O Campón
Os Castros	O Cantiño	O porto (Igrexa/Estación)	Vila do Medio
Vilar/Cuartel	Outros sitios		

TABACO

Queremos saber se fumas tabaco ou fumaches algunha vez. Non nos referimos a unha soa "calada", senón a fumar cando menos unhas cantas caladas.

Cantas persoas que están na túa casa de maneira habitual fuman dentro dela? (sen incluír terrazas, galerías, etc)							
0	1	2	3	4	5	Máis de 5	

Con cal das seguintes afirmacións te identificas máis? (marca só UNHA resposta)	
<input type="checkbox"/>	Estou seguro/a de que nunca fumarei
<input type="checkbox"/>	Creo que nunca fumarei
<input type="checkbox"/>	Creo que fumarei un pouco no futuro
<input type="checkbox"/>	Creo que fumarei durante os vindeiros 5 anos
<input type="checkbox"/>	Creo que fumarei durante o vindeiro ano
<input type="checkbox"/>	Creo que fumarei durante os vindeiros 6 meses
<input type="checkbox"/>	Creo que fumarei durante o vindeiro mes
<input type="checkbox"/>	Xa fumo agora

Fumaches algunha vez na túa vida?	
Si	Non (Pasa a ALCOHOL)

Con cal das seguintes afirmacións te identificas? (marca só UNHA resposta)	
<input type="checkbox"/> Fumo cando menos un cigarro ao día	
<input type="checkbox"/> Non fumo diariamente, mais si un cigarro á semana	
<input type="checkbox"/> Non fumo semanalmente, mais si unha vez ao mes	
<input type="checkbox"/> Fumo menos dunha vez ao mes	
<input type="checkbox"/> Fumo algunha vez, de cando en cando	
<input type="checkbox"/> Deixei de fumar, logo de fumar cando menos unha vez á semana	
<input type="checkbox"/> Deixei de fumar, sempre fumei menos dunha vez á semana	
<input type="checkbox"/> Fumei algunha vez, mais xa non volvin fumar	

Indica cantos cigarros fumas aproximadamente (responde só se fumas diariamente)	
Os días de clase:	Nas fins de semana:

Que idade tiñas cando fumaches o teu primeiro cigarro?	
Anos:	

Mercaches algunha vez tabaco para ti?	
Si	Non

ALCOHOL

A continuación atoparás unha serie de preguntas sobre o alcohol. Aínda que non beberas nunca alcohol, gustaríamos de saber o que ti pensas.

Expressa o teu grao de acordo coas seguintes frases:				
	Totalmente de acordo	Bastante de acordo	Bastante en desacordo	Totalmente en desacordo
As bebidas alcohólicas fan máis divertidas as festas				
A maioría das persoas maiores toman bebidas alcohólicas				

Bebiches algunha vez, polo menos medio vaso dalgunha bebida alcohólica?				
Non, nunca (pasa á Outras Substancias)	Si, algunha vez	Si, nos últimos 12 meses	Si, nos últimos 6 meses	Si, nos últimos 30 días

Que idade tiñas cando bebiches medio vaso dalgunha bebida alcohólica por primeira vez?	
Anos:	

Acostumas beber cando menos medio vaso dalgunha bebida alcohólica nas seguintes situacións? (Podes marcar varias)	
<input type="checkbox"/> Os días de aulas (cada día)	
<input type="checkbox"/> As fins de semana	
<input type="checkbox"/> Nas festas familiares (aniversarios, Nadal...)	
<input type="checkbox"/> En discotecas, bares e festas cos meus amigos e amigas	

Tomaches algunha vez 4 ou máis bebidas alcohólicas na mesma ocasión? ("ocasión"= 4 horas aproximadamente)					
Non, nunca	Si, algunha vez	Si, nos últimos 12 meses	Si, nos últimos 6 meses	Si, nos últimos 30 días	Non o lembro

Embededácheste algunha vez?					
Non, nunca	Si, algunha vez	Si, nos últimos 12 meses	Si, nos últimos 6 meses	Si, nos últimos 30 días	Non o lembro

Cantas veces te embededaches nos últimos 6 meses?			
Nunca	Unha vez	Dúas veces	Máis de dúas veces

Algunha vez mercaches bebidas alcohólicas para ti?	
Si	Non

Sinala os lugares onde conseguiches as bebidas alcohólicas (podes marcar varias respostas)			
Bares/ pubs	Discotecas	Supermercados	Gasolineiras
Tendas	Na túa casa	Noutras casas	Outros sitios

Nos últimos 30 días consumiches algunha das seguintes bebidas alcohólicas? (podes marcar varias)			
Viño, cava ou champaña	Cañas, quintos sidra	Aperitivos (vermú, xerez, etc)	Combinados ou cubatas
Licores de froitas sos (pacharan...)	Licores fortes sos (coñac, xenebra,)	Non consumín bebidas nos últimos 30 días	

OUTRAS SUBSTANCIAS

Esta sección inclúe drogas ilegais. Queremos saber experiencias e actitudes das persoas da túa idade. Lembra que as túas respostas son totalmente confidenciais.

Das seguintes substancias, indica cal probaches algunha vez e que idade tiñas a primeira vez que o fixeches?					
	Non o probei nunca	Algunha vez na vida	Nos últimos 12 meses	Nos últimos 30 días	Idade
Marihuana ou Haxix (porros)					
Cocaína					
Outras					

Cres que probarás algunha destas drogas no futuro? (marca un X en cada fila)					
	Xa a probei	Seguro que si	Creo que si	Creo que non	Seguro que non
Tabaco					
Alcohol					
Haxix ou marihuana					
Tranquilizantes ou sedantes					
Anfetaminas, Speed					
LSD ou tripi					
Cocaína					
Éxtase, MDMA ou pastillas					
Heroína					
Pagamentos ou disolventes					

Cantos dos teus compañeiro/as dirías que.. (marca un X en cada fila)				
	Todos ou case todos	Algúns	Ningún	Non o sei
Fuman cigarros				
Beben alcohol				
Embebedáronse algunha vez				
Fuman haxix ou marihuana				
Consomen/probaron outras drogas				

Como de perigoso é consumir habitualmente? (marca un X en cada fila)			
	Moi perigoso	Moderadamente perigoso	Nada perigoso
Tabaco			
Alcohol			
Haxix ou marihuana			
Tranquilizantes ou sedantes			
Anfetaminas ou Speed			
LSD ou tripi, alucinóxenos			
Cocaína			
Extase, MDMA ou pastillas			
Heroína			
Pegamentos ou disolventes			

Como de difícil é conseguir haxix ou marihuana se quixeras?				
	Difícil	Relativamente sinxelo	Moi sinxelo	Non o sei
Practicamente imposible				

Consumiches algunha vez haxix ou marihuana na escola?	
Si	Non (Non contestes á seguinte pregunta)

Nos últimos 12 meses... (marca un X en cada liña)					
	Nunca	Raramente	A veces	A miúdo	Moi a miúdo
Consumiches haxix ou marihuana antes do mediodía?					
Consumiches haxix ou marihuana estando só ou soa?					
Tiveches algún problema de memoria ao consumir haxix ou marihuana?					
Dixéronche os teus amigos ou a túa familia que trataras de reducir o consumo de haxix ou marihuana?					
Intentaches reducir ou deixar o consumo de haxix e marihuana sen conseguilo?					
Tiveches problemas debido ao consumo de haxix ou marihuana? (discusión, pelexa, accidente, mal resultado escolar)					

Nos últimos 30 días recibiches asistencia médica ou sanitaria urxente?	
Si	Non (pasa a Saúde, estado de ánimo e relacións cos demais)

Indica se tomaras algunha substancia 2 horas antes do último problema que motivou a asistencia médica? (podes marcar varias)				
Alcohol	Haxix, marihuana	Cocaína	Outras substancias	Ningunha substancia

Nos últimos 30 días, aproximadamente cantos días fumaches haxix ou marihuana?
Días:

Nos últimos 30 días, de termo medio, cantos porros de haxix ou marihuana fumaches cada día que consumiches estas drogas?
Número de porros:

SAÚDE, ESTADO DE ÁNIMO E RELACIÓNS COS DEMAIS

Como dirías que é a túa saúde en xeral?				
Excelente	Moi boa	Boa	Regular	Mala

Nos últimos 2 meses tiveches algunha lesión que requirise asistencia médica?	
Non	Si

Cantas veces te sentiches...? (Marca un X en cada liña)					
	Nunca	Case nunca	As veces	A miúdo	Sempre
Moi canso ou cansa para facer cousas					
Con problemas para quedar durmido, ou despertar antes da hora					
Desprazado/a, triste, deprimido/a.					
Desesperanzado/a de cara ao futuro					
Nervioso/a, en tensión.					
Aborrecido/a das cousas.					

Na escola ou de camiño, podemos ser maltratados polos nosos compañeiros/as. Dicimos que un alumno/a foi maltratado/a cando outro alumno/a ou o grupo, fan cousas que son desagradables e o fan sentir mal. Tamén hai maltrato se se exclúe ou marxinaliza do grupo. Non se considera abuso cando dous alumnos que teñen forza e poder semellante discuten ou pelexan. Tampouco hai abuso cando a brincadeira se fai de forma amigable ou xogando.	

Nos últimos 12 meses.. (marca un X en cada liña)					
	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces	Máis de 3
Rironse de ti ou insultáronte na escola ou de camiño á escola?					
Golpearonte, atacáronte ou ameazáronte na escola ou de camiño?.					
As veces os teus compañeiros/as marxinan do grupo?					

Durante os últimos 12 meses participaches cos teus compañeiros e compañeiras ou co teu grupo en...? (Marca un X en cada liña)					
	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces	Máis de 3
Rir ou insultar a outros na escola ou de camiño á escola.					
Golpear ou ameazar na escola ou de camiño á escola.					
Rexeitar ou marxinar a outros.					

Cómo é habitualmente a relación coa túa familia?				
Moi boa	Bastante boa	Regular	Bastante mala	Moi mala

A que hora adoitas deitarte e erguerste?		
	Días de clase	Fin de semana
Hora de durmir		
Hora de erguerse pola mañá		

LE CER

Con que frecuencia adoitas facer as seguintes actividades? (marca un X en cada fila)					
	Nunca	Algúnhas veces no ano	1 ou 2 veces ao mes	Polo menos 1 vez a semana	Case cada día
Ler libros					
Ir a bares					
Ir a discotecas					

Cantas horas ao día dedicas cada día da semana a? (marca un X en cada fila)							
	Luns	Martes	Mércores	Xoves	Venres	Sábado	Domingo
Ver a televisión							
Xogar á videoconsola							
Utilizar o ordenador para divertirme (non facer deberes)							
Facer deporte (sen contar a horas do colexio)							

Tes televisor na túa habitación?	
SI	NON

Tes ordenador na túa habitación?	
SI	NON

Tes videoconsola na túa habitación?	
SI	NON

Tes teléfono móbil?	
SI	NON

Nos últimos 12 meses, con que frecuencia saiches a divertirte pola noite?			
Menos dunha noite ao mes	De 1 a 3 noites ao mes	1 noite á semana	2 noites á semana
3-4 noites á semana	Máis de 4 noites á semana	Nunca	

A última vez que saiches de festa pola noite na fin de semana, a que hora volvíches á casa?			
Antes das 12 da noite	Entre as 12 e a 1 da noite	Entre a 1 e as 2 da mañá	Entre as 2 e as 3 da mañá
Entre as 3 e as 4 da mañá	Entre as 4 e as 8 da mañá	Despois das 8 da mañá	Non saín nunca

SEXUALIDADE

A idade de inicio de relacións sexuais depende de moitos factores e é probable que aínda non as iniciaras. Sen embargo, nós queremos coñecer os aspectos da sexualidade que estean afectando aos mozos.

Algúnha vez tiveches relacións sexuais con penetración?	
SI	NON (salta á última pregunta de SEXUALIDADE)

A que idade tiveches a primeira relación sexual con penetración?	
Idade:	

Cal das seguintes situacións describe mellor as razóns que levaron á túa relación con primeira penetración sexual? (podes marcar varias)	
<input type="checkbox"/>	Por curiosidade
<input type="checkbox"/>	Porque me deixei levar pola situación e o momento
<input type="checkbox"/>	Moita xente da miña idade faino
<input type="checkbox"/>	Estaba namorado/a
<input type="checkbox"/>	Quería compracer á miña parella
<input type="checkbox"/>	Estivera bebendo e tomando drogas
<input type="checkbox"/>	Quería perder a virxindade
<input type="checkbox"/>	Foi un paso máis na miña relación
<input type="checkbox"/>	Por desexo sexual
<input type="checkbox"/>	Forzáronme a mantela

Con que frecuencia mantés relación sexuals con penetración?			
Só as mantiven unha vez	Raramente (algúnhas veces ao ano ou menos)	De tanto en tanto (algúnhas veces ao mes)	Varias veces á semana

Tiveches relación sexuals con penetración?				
Nos últimos 30 días	Nos últimos 3 meses	Nos últimos 6 meses	Nos últimos 12 meses	Algúnha vez, mais non nos últimos 12 meses

Que métodos anticonceptivos tes usado? (Podes marcar varios)	
<input type="checkbox"/>	Pílula anticonceptiva
<input type="checkbox"/>	Pílula do día despois
<input type="checkbox"/>	Preservativo
<input type="checkbox"/>	Diafragma
<input type="checkbox"/>	Dispositivo Intrauterino (DIU)
<input type="checkbox"/>	Calculo de data
<input type="checkbox"/>	Anel vaginal
<input type="checkbox"/>	Espemicidas
<input type="checkbox"/>	Marcha atrás
<input type="checkbox"/>	Outro método. Especifica: _____
<input type="checkbox"/>	Ningún método

Con que frecuencia utilizas preservativo nas relacións sexuais?				
Sempre	Case sempre	O 50% das veces	Raramente	Nunca

Compraches algunha vez preservativos?	
SI	NON

Rexeitaches algunha vez manter unha relación sexual con penetración por non poder utilizar preservativo? (por non telos ou porque a túa parella rexeitou utilizalo)	
SI	NON

Algunha vez ti ou túa parella tivestes que usar a píula do día despois?	
SI	NON

Algunha vez te quedaches embarazada ou deixaches embarazada á túa parella?	
SI	NON

Beberas ou tomaras drogas a última vez que mantiveches relacións sexuais con penetración?	
SI	NON

Algunha vez experimentaches o acoso sexual?(calquera conduta verbal ou física con contido sexual e que che resultara ofensiva. <i>Podes marcar máis dunha resposta</i>)				
Si, na casa	Si, no instituto	Si, na rúa	Si, noutros sitios	Non

MOBILIDADE E SEGURIDADE

Cando vas en coche pos o cinto de seguridade?					
Sempre	A miúdo	As veces	Raramente	Nunca	Non viaxo en coche

Cando circulas en moto pos o casco?					
Sempre	A miúdo	As veces	Raramente	Nunca	Non viaxo en moto

Cando circulas en bicicleta pos o casco?					
Sempre	A miúdo	As veces	Raramente	Nunca	Non viaxo en bicicleta

Con que frecuencia conduciches coches ou motos baixo os efectos do alcohol ou outras drogas?			
A miúdo	As veces	Raramente	Nunca

Con que frecuencia sobes a coches ou motos conducidos por unha persoa baixo os efectos do alcohol ou outras drogas?			
A miúdo	As veces	Raramente	Nunca

Como vas/volves habitualmente ao instituto?				
Camiñando	En bus/taxi	En coche	En moto	En bicicleta

ALIMENTACIÓN

Marca un X en VERDADEIRO ou FALSO:		
	Verdadeiro	Falso
Non almorzo.		
Almorzo un lácteo (leite, iogur...).		
Almorzo cereais ou derivados (pan...).		
Almorzo bolos industriais, galletas, pastelíns...		
Tomo unha froita ou zume natural tódolos días.		
Tomo unha segunda froita ou zume natural tódolos días.		
Tomo dous iogures e/ou queixo diariamente (aprox. 40g).		
Tomo verduras frescas ou cociñadas regularmente unha vez ao día.		
Tomo verduras frescas ou cociñadas regularmente máis de vez ao día.		
Acudo máis de 1 vez á semana a un fast food (pizzeria, hamburguesería) ou pedimos comida para que a traian.		
Tomo peixe con regularidade, polo menos 2-3 veces á semana.		
Tomo noces con regularidade, polo menos 2-3 veces por semana.		
Gústanme os legumes e tómoos 2-3 veces por semana.		
Tomo varias veces ao día doces ou lambetadas.		
Tomo pasta ou arroz case a diario.		
Na miña casa utilizamos aceite de oliva.		

¿Cantas horas ves a televisión ou xogas a videoxogos diariamente de media?				
0	1	2	3	4 ou máis

¿Cantas horas dedicas a actividades deportivas extraescolares semanalmente de media?				
0	1	2	3	4 ou máis

Estás a facer na actualidade algunha dieta de adelgazamento?	
SI	NON

Que pensas do teu peso actual?				
É moi inferior ao que me gustaría	É lixeiramente inferior ao que me gustaría.	É o axeitado	É lixeiramente superior ao que me gustaría	É moi superior ao que me gustaría

Apreciamos sinceramente o esforzo que tes dedicado á realización deste cuestionario, o teu interese e maila túa colaboración.



8.3 CARTAS Á DIRECCIÓN DOS IES DE BURELA.

8.3.1 Carta á Directora do IES Monte Castelo.







Dr. Francisco Caamaño Isorna
Profesor Titular de Medicina Preventiva e saúde Pública
Facultade de Medicina
15782 Santiago de Compostela
Telefono: 981 951 196
e-mail: francisco.caamano@usc.es

Santiago de Compostela, 1 de outubro de 2015

Estimada Sra. Directora Inés García Seijo:

Na Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública estamos levando a cabo un **estudo epidemiolóxico sobre o estado de saúde e os seus determinantes** en estudantes de ESO do municipio de Burela.

Dirixímonos a vostede para solicitar a **colaboración do seu centro**. O estudo require da **administración dun cuestionario anónimo e autocumprimentado polos alumnos nas aulas da ESO**. O tempo estimado para cubrir o devandito cuestionario son 15 minutos.

Somos conscientes das limitacións de tempo das axendas escolares así como do esixente da nosa petición, polo que queremos tanto incidir na **trascendencia da colaboración** como **agradecela moi sinceramente**.

Dado que nesta breve carta non podemos aclarar tódalas cuestións que poidan interesarlle, **nos** próximos días un membro do noso equipo investigador, **Ainara Díaz Geada**, pasará polo seu centro para aclarar tódalas dúbidas que lle puidieran xurdir.

Reciba un cordial saúdo,

Francisco Caamaño Isorna



8.3.2 Carta ao Director do IES O Perdouro.







Dr. Francisco Caamaño Isorna
Profesor Titular de Medicina Preventiva e saúde Pública
Facultade de Medicina
15782 Santiago de Compostela
Telefono: 981 951 196
e-mail: francisco.caamano@usc.es

Santiago de Compostela, 6 de outubro de 2015

Estimado Sr. Director D. Santiago Pérez Docobo:

Na Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública estamos levando a cabo un **estudo epidemiolóxico sobre o estado de saúde e os seus determinantes** en estudantes de ESO do concello de Burela.

Dirixímonos a vostede para solicitar a **colaboración do seu centro**. O estudo require da **administración dun cuestionario anónimo e autocumprimentado polos alumnos nas aulas da ESO**. O tempo estimado para cubrir o devandito cuestionario son 15 minutos.

Somos conscientes das limitacións de tempo das axendas escolares así como do esixente da nosa petición, polo que queremos tanto incidir na **trascendencia da colaboración** como **agradecela moi sinceramente**.

Dado que nesta breve carta non podemos aclarar tódalas cuestións que poidan interesarlle, **nos** próximos días un membro do noso equipo investigador, **Ainara Díaz Geada**, pasará polo seu centro para aclarar tódalas dúbidas que lle puidieran xurdir.

Reciba un cordial saúdo,

Francisco Caamaño Isorna



8.3.3 Modelo de autorización de nais e pais ou persoas titoras.







Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública
Facultade de Medicina
Universidade de Santiago de Compostela
15782 Santiago de Compostela

Santiago de Compostela, 25 de novembro de 2015

Estimados pais e nais:

Na **Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública** da **Universidade de Santiago** de Compostela estamos levando a cabo un estudo epidemiolóxico sobre os determinantes sociais da saúde en estudantes de ESO do concello de Burela.

Nos próximos días un membro do noso equipo pasará polas aulas de 2º, 3º, e 4º da ESO para administrar un breve cuestionario **anónimo**. A participación de todos e cada un dos alumnos é moi importante, porque coas súas respostas poderemos saber o que os mozos e mozas pensan e en última instancia a contribuír a mellorar algunhas cousas.

Se por algún motivo vostede non desexase que o seu fillo ou filla conteste ao devandito cuestionario, por favor comuníquenolo.

Reciba un cordial saúdo,

O equipo investigador



Esta pesquisa pretende avaliar as desigualdades sociais em saúde do estudentado de secundaria de Burela (Lugo) e as súas consecuencias nos comportamentos en saúde desta poboación. A diversidade poboacional de Burela, enmarcada no contexto galego actual, conforma unha realidade paradigmática que nos fai cuestionar metodoloxías e nos sumerxe en novos horizontes. Propuxémonos avaliar o efecto do xénero, a procedencia e as desigualdades en saúde sobre o consumo de alcol, tabaco e cannabis nesta poboación; coñecer a relación entre o consumo destas substancias psicoactivas e o *bullying* co estado de ánimo negativo e afondar nas influencias contextuais nestas conductas, en poboacións con características socioeconómicas e número de habitantes similar, mediante a comparación destas asociacións en adolescentes de Burela (Galiza) fronte aos da Catalunya Central.

Este traballo supón a primeira achega desde a epidemioloxía á influencia das desigualdades sociais en saúde durante a adolescencia na poboación galega.